

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Trabajo Social

2011

Tuberculosis y VIH/SIDA : Viejas y Nuevas Epidemias

D`Onofrio, María Florencia

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/134>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL.
LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL.

Tesis de Grado

Tuberculosis y VIH/SIDA

“Viejas y Nuevas Epidemias”

Sistematización de la práctica institucional supervisada del Servicio Social en el Instituto Nacional de Epidemiología. “Dr. Juan H. Jara” de la ciudad de Mar del Plata. Implementación de las Metodologías de Intervención del Servicio Social: Caso Social Individual y Caso Social de grupo.

- Autora: María Florencia D`Onofrio
- Directora: Lic. Mónica Molina

◆Agradecimientos

Existen tantas personas que me gustaría agradecer que esta lista sería interminable.

Agradezco que la vida me haya puesto en el mismo camino con la Lic. Mónica Molina quien con su sencillez, humildad y profesionalismo demostró ser un real ejemplo de persona y de Trabajadora Social a seguir, quien estuvo presente paso a paso en la elaboración de esta sistematización; y con la Lic. Jessica Gallo quien me hizo sentir un par desde el primer momento que me inserté en el Departamento de Servicio Social en el INE, acompañándome en las entrevistas, clarificando mis dudas y asesorándome constantemente en todo el proceso.

A las cinco personas de identidad de género Trans femenino, a Juana y a su familia, por abrirse a compartir su pasado, su cotidianeidad, sus deseos y proyectos futuros, aprendiendo juntos, ya que sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

A mis papás por la vida, a mis hermanos por la alegría, a mis sobrinos por la sonrisa, a mis amigas/os por su apoyo y paciencia y a mi compañero de vida por ser mi sostén, mi impulso y por hacerme feliz.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
• Planteamiento del Problema.....	4
• Objetivos.....	8
MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO	
• Salud.....	9
• Salud Pública.....	10
• La Epidemiología Crítica.....	14
• El Trabajo Social y su intervención en el campo Salud.....	19
• El Rol del Trabajo Social en el área Salud y Epidemiología.....	39
• Trabajo Social en Salud: VIH/SIDA Y TBC.....	40
• Problemáticas Relevantes Asistidas en el Servicio Social del INE	
*Tuberculosis.....	41
* Intervención del Servicio Social del INE en el Programa de TBC.....	45
* VIH/SIDA.....	49
* Intervención del Servicio Social del INE en el Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.....	51
• Mirada Crítica desde el Trabajo Social al modelo médico hegemónico y a la concepción de “Paciente”.....	55
• Poblaciones Vulnerables en Riesgo.....	57
* Transexualidad.....	58

* Inmigración.....	59
* Inmigración Boliviana.....	60

CONTEXTUALIZACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE LA PRÁCTICA

• Contacto Inicial con la institución.....	64
• Reglamento Interno del pasante Lic. en Servicio Social del INE.....	64
• Organización de la concurrencia.....	65
• Reseña Histórica. Instituto Nacional de Epidemiología.....	68
• Misión INE.....	70
• Datos Institucionales.....	70
• Metodología Referencial.....	71
• Atención e Intervención. Criterios de Inclusión.....	72
• Los instrumentos del Registro de Intervención.....	74
• Esquema Institucional de Tratamiento.....	75
• Instrumentos de Registro y Sistematización de Datos.....	76
• Demanda potencial, real y problemáticas prevalentes en el Servicio Social.....	77

DESCRIPCIÓN E INTERPRETACION CRÍTICA DE PRÁCTICA

PRIMERA PARTE: Sistematización del Seguimiento y Diagnóstico de un caso social Individual de una persona de nacionalidad boliviana con diagnóstico de TBC pulmonar.

• Proceso Metodológico de intervención del Trabajo Social de Caso Social Individual.....	79
• Estrategias de vida y características de la familia de la persona con TBC en relación al proceso migratorio y al diagnóstico de TBC.....	84
* Las Causas de su Migración.....	85

* Los lugares elegidos para vivir.....	87
* Impacto de la Inmigración.....	89
* La Razón Doméstica.....	90
- La Alimentación, Situación de salud y Estrategias de Curación-Sanación.....	90
- Tipo de Familia.....	92
- Fecundidad.....	92
- Empleo.....	93
- La Identidad Quechua y La respuesta de la población nativa.....	94
* Expectativas, Deseos y Proyectos.....	95

SEGUNDA PARTE: Sistematización del Trabajo Social con Grupo de personas con identidad de género Trans femenina.

• Proceso Grupal.....	96
• Análisis del Proceso Grupal.....	99
* Afiliación.....	103
* Pertenencia.....	104
* Comunicación.....	104
* Pertinencia.....	105
* Cooperación.....	106
* Aprendizaje.....	107
* Telé.....	107

CONCLUSIONES	108
BIBLIOGRAFIA	119

ANEXOS

* Instituto Nacional de Epidemiología:

- Localización Geográfica.....	124
- Servicios a la Comunidad.....	124
- Áreas a las cuales se dedica.....	128
- Usuarios.....	128
- Actividades, Programas y Proyectos.....	128
- Convenios.....	129
- Organigrama.....	130
- Instrumentos de Registro y Sistematización de datos:	
Programa de Tuberculosis - Encuesta Social y de contactos.....	132
Encuesta de Contactos TBC.....	135
Tratamiento Supervisado - Planilla de Control de Tratamiento.....	136
Información para el paciente.....	137
Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida. Encuesta Social y de Contactos.....	139
Recomendaciones: Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.....	146

CRÓNICAS

- Caso Social Individual Juana Rodríguez.....148
- Grupo de Agentes Promotores de Salud.....165

INTRODUCCIÓN

El presente documento es una sistematización de la experiencia de la práctica pre profesional en el Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” de la ciudad de Mar del Plata.

Dicha práctica institucional supervisada, se encuadró en la cátedra Supervisión del Servicio Social, en el Campo Salud, correspondiente al quinto año de la carrera Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. La duración de la misma correspondió a un año calendario: desde Junio de 2007 a Junio de 2008.

El Instituto Nacional de Epidemiología (INE)¹ depende de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" (ANLIS) Organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. El Instituto se dedica a la Epidemiología Clínica y Comunitaria, Prevención primaria y terciaria de la salud, Educación Sanitaria, Procesos Infecciosos y no infecciosos (Enfermedades de Transmisión Sexual: VIH/ SIDA², Blenorragia, Sífilis, Hepatitis, etc.); Delitos contra la Integridad Sexual, Tuberculosis (TBC)³, Enfermedades Respiratorias Agudas, Chagas, y Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Zoonosis. Está destinado a la población Argentina y como así también Extranjera.

En el mundo actual, y en Mar del Plata en particular, estas graves problemáticas de Salud Pública se manifiestan de manera latente. Dos de estas grandes epidemias, como son la Tuberculosis (una de las primeras enfermedades humanas) y el VIH/SIDA (descubierta en el siglo XX) afectan a una gran cantidad de

¹ La sigla INE se utilizará a lo largo de esta sistematización para hacer referencia al Instituto Nacional de Epidemiología. “Dr. Juan H. Jara”.

² Las siglas VIH/SIDA se utilizarán a lo largo de esta sistematización para hacer referencia al Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, respectivamente.

³ La sigla TBC se utilizará a lo largo de esta sistematización para hacer referencia a la Tuberculosis.

población y es el Instituto Nacional de Epidemiología una de las primeras instituciones que en la ciudad y en la zona, desarrolla estrategias para abordar sus tratamientos y seguimientos, posicionándose como una de las instituciones de mayor trayectoria en dichas temáticas.

La heterogeneidad de las problemáticas y de los sectores de la comunidad con los que se interviene en el Instituto Nacional de Epidemiología, conforman representaciones sociales sesgadas por prejuicios, segregación, estigmatización y violencia. Por lo tanto, como futura profesional me planteé como desafío intervenir en esta realidad múltiple donde las principales enfermedades como la Tuberculosis y el VIH/SIDA afectan a un número importante de personas de nuestro país y procedentes de comunidades extranjeras (principalmente Bolivia) como así también personas con distintas identidades de género (personas Trans)

Es en este contexto donde el rol del Trabajador Social apunta a la Promoción de la Salud acompañando a las personas, a su red conviviente y social, en el proceso de aceptación e internalización de los diagnósticos, enfatizando la importancia de la adherencia en los tratamientos médicos como así también en la continuidad de los mismos.

El desempeño del Trabajador Social en el campo Salud es uno de los de mayor y más antigua implementación. Se basa esencialmente en las relaciones entre la salud y los factores sociales. Es de esencial importancia ya que constituye uno de los principales ámbitos donde la profesión tiene como rol fundamental conocer y experimentar las intervenciones y acciones buscando transformaciones, para mejorar la calidad de vida de los individuos y de la sociedad.

El Trabajador Social cuenta con ciertas herramientas en su quehacer profesional. Una de ellas es la Sistematización, considerada como un proceso metodológico que sirve para comunicar, socializar la experiencia para que otros profesionales y/o colegas puedan aprenderla sin necesidad de vivirla. Se conoce el sentido de la práctica a través de lo que se dice de ella, es por ello que se la define

como "...una interpretación crítica de la práctica que, a partir de su ordenamiento, y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los actores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo..."⁴

Frente a las problemáticas hasta aquí esbozadas, se considera relevante efectuar la Sistematización desde un enfoque Epidemiológico Crítico "...La unidad coherente de la Epidemiología Crítica es la concepción de la realidad como un proceso que se desarrolla como movimiento organizado alrededor de modos de vida o reproducción social, con sus contradicciones y relaciones, la concepción dialéctica de que esos son modos de devenir o determinaciones de las condiciones de vida..."⁵

Por dicha razón se considera de esencial importancia que el profesional en Trabajo Social se enfoque en la prevención primaria y secundaria, para que de esta manera se puedan comprender los procesos protectores, los procesos destructivos y los procesos resilientes de un individuo, grupo o comunidad al adquirir la enfermedad, teniendo en cuenta la epidemiología de la zona.

⁴ Sandoval Ávila Antonio. (2001) "Propuesta Metodológica para Sistematizar la práctica profesional del Trabajo Social." Editorial Espacio.

⁵ Breilh Jaime. (2004) "Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Intercultural". Editorial Lugar.

❖ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH/Sida constituye una pandemia que afecta prácticamente, aunque de un modo irregular, a todos los países del mundo.

“... en Argentina ha evolucionado en forma disímil desde que se registra el primer caso en el año 1982, alcanzándose al 15 de setiembre de 2004 un total de 26.832 casos notificados en el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS...”⁶ registrándose hasta el 31 de diciembre de 2005 75.009 casos de VIH/ SIDA...”⁷ “...en relación con la cantidad de personas infectadas se estima que ascienden a 120.000...”⁸ “...” En el año 2008 se diagnosticaron y registraron 4.067 casos de VIH y 1.403 casos de SIDA...”⁹

En Mar del Plata comienza la epidemia en un grupo de personas droga – dependientes intravenosos principalmente y también personas con orientación sexual homosexual, aunque en menor escala, en la década del ochenta. Actualmente se cambia al perfil heterosexual. Cambia la forma de transmisión (relaciones heterosexuales sin protección) por ello se ve afectada otra población como lo es la heterosexual. La epidemia se feminiza y se hace cada vez más joven también.

En cambio la tuberculosis es considerada “...una de las primeras enfermedades humanas. Se estima una antigüedad entre 15.000 y 20.000 años. Tiene una elevada

⁶ Hamilton Gabriela; Pené Marta; Aymá Andrea; Fenoy Dolores; Kuperman Gabriela. (2004) Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina. Año XI. Número 23. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. Programa de Lucha contra los retrovirus humanos SIDA y ETS.

⁷ Bloch Claudio; Yedlin Gabriel Eduardo.; Diosque Máximo Andrés; Manzur Juan Luis (2008) Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina. Año XII. Número 26. Programa de Lucha contra los retrovirus humanos SIDA y ETS. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. Presidencia de la Nación.

⁸ Hamilton Gabriela; Pené Marta; Aymá Andrea; Fenoy Dolores; Kuperman Gabriela. (2008) Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina. Número 25. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. Programa de Lucha contra los retrovirus humanos SIDA y ETS.

⁹ Op. Cit 5.

tasa de morbilidad y causa aproximadamente tres millones de muertes cada año en todo el mundo...”¹⁰

En cuanto a su existencia en la ciudad de Mar del Plata, en el año 1893 existía una gran cantidad de personas infectadas siendo considerada ya, una epidemia, razón por la cual El Poder Ejecutivo Nacional y la Sociedad de Beneficencia de Capital Federal consideran como necesidad imperiosa intervenir en la atención de la misma, creando el Hospital y Asilo Marítimo (actualmente Instituto Nacional de Epidemiología). El mismo estaba destinado a la atención e internación de personas con tuberculosis extra pulmonar y posteriormente se extendió a personas con Tuberculosis aguda.

“La Tuberculosis es una prioridad para el Ministerio de Salud de la Nación y por eso creamos un Programa Nacional que por primera vez tendrá presupuesto propio para capacitar recursos humanos y comprar los medicamentos para todos los que la necesitan” (Jure Humberto, 2009)¹¹

En la actualidad la Tuberculosis y el VIH/SIDA son las más grandes epidemias infecto- transmisibles que afectan a la humanidad, sin dejar de lado la tan actual Gripe A; nueva epidemia que ha producido un alto impacto social en estos últimos años.

A nivel Nacional se destacan dos programas que regulan y controlan la atención de dichas problemáticas: El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y el Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus del Humano, SIDA Y ETS. Los

¹⁰ Zúñiga Ramos; Quiroz, Verónica, Vargas- Alarcón, Gilberto, García Andrea, Ronvaldo, Oliver. (2000) “Aspectos inmunogenéticos de la tuberculosis pulmonar”. México. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

¹¹ Jure Humberto. (2009) Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud de la Nación. www.msal.gov.ar

mismos son los que encuadran a la atención de las problemáticas en el Instituto Nacional de Epidemiología como así también en el departamento de Servicio Social del mismo.

Se considera significativo efectuar la Sistematización de la Práctica Pre Profesional del Servicio Social en el Instituto Nacional de Epidemiología, ya que la intervención se llevó a cabo, principalmente, con dos grupos de personas que comparten rasgos comunes. Por un lado, en la primera parte de este documento, se sistematizará el seguimiento de un caso social de una mujer joven, de nacionalidad Boliviana con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, y por otro lado, en la segunda parte del documento se sistematizará el trabajo con un grupo personas con identidad de género Trans femenino, agrupadas voluntariamente, con coordinación del Servicio Social bajo el eje general de Calidad de Vida y VIH/SIDA.

Tanto las personas que conviven con VIH como las personas que se enferman con SIDA o Tuberculosis, y también las personas que pertenecen a determinados grupos étnicos o sexuales son frecuentemente víctimas de la estigmatización, discriminación, marginación, rechazo y violencia. En los casos planteados en la tesis, ya habían sido estigmatizadas previamente, por inmigrantes y por travestis, que es lo que ocurre con los damnificados por estas patologías generalmente.

La discriminación social que conlleva generalmente la infección por el VIH, llevará al posible infectado y/o enfermo a la marginalidad total, actuando en perjuicio suyo y de la sociedad en general al sumarse a su problemática de infectado y/o enfermo la de ser marginado y rechazado por su familia, amigos, etc. Provocándose la tan temida “muerte social” antes que por el VIH, o por cualquier otro motivo.

“...Las representaciones sociales de la tuberculosis pulmonar, es que la persona enferma mantiene la creencia de que no debe interactuar socialmente y las personas que antes le proveían soporte muchas veces se apartan y se vuelven un agente estresante al desarrollar conductas discriminativas hacia ellos. Es así que el soporte social efectivo frecuentemente disminuye, o se pierde, se restringen las redes

sociales y, por lo tanto, el soporte social percibido también se ve afectado, con lo que el efecto amortiguador sobre los estados depresivos y ansiosos del enfermo se empobrece notablemente...”¹² Esta estigmatización se encuentra enfatizada por manifestaciones exageradas de temor al contagio, además de dicho temor está el de que la tuberculosis sea incurable. En el contexto de lo afectivo, las disoluciones o separaciones constituyen un aspecto desfavorable para el tratamiento.

“...La discriminación de los afectados ha existido desde la aparición de la enfermedad y el conocimiento de las formas reales de contagio no acabó con este fenómeno, con lo cual queda en evidencia que la falta de información no es la causa de la discriminación...”¹³

Con este ambiente de persecución, los enfermos se ocultan en vez de buscar ayuda y apoyo. Si en la sociedad hay un ambiente de aceptación y ayuda todo el que padezca la enfermedad o sospeche que puede tenerla la afrontará abiertamente sin miedo, “...lo peor no es estar enfermo y saber que puedes morir, que tarde o temprano a todos nos toca, lo peor es que te hagan sentir enfermo marginado y notes el rechazo social, de ahí a tener miedo de identificarse como enfermo de SIDA solo hay un paso...”¹⁴

¹² Torres Uría; Margarita Ruth. (2002) “Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social.” Lima, Perú.

¹³ Gorbacz Leonardo. (2009) “Discriminación y SIDA”. www.alfinal.com/salud/discriminacion.php

¹⁴ Martínez Miguel Ángel. (1990) Miembro del Comité Anti-Sida. Revista Cultura Sociedad.

❖ Objetivos

➤ Objetivos Generales:

- ✓ 1- Sistematizar el seguimiento y diagnóstico social de un caso social individual de una persona de nacionalidad boliviana con diagnóstico tuberculosis pulmonar.

- ✓ 2- Sistematizar la experiencia de la práctica pre profesional con un grupo de personas con Identidad de Género Trans femenino, algunas de las cuales conviven con el VIH y otras enfermas con SIDA.

➤ Objetivos Específicos:

- ✓ 1.1 Describir Estrategias de vida implementadas por la familia de la paciente con TBC en relación al proceso migratorio y al diagnóstico de TBC.

- ✓ 1.2 Definir las características de la familia de nacionalidad boliviana.

- ✓ 1.3 Identificar los Procesos Protectores, los Procesos Destructivos y Los Procesos Resilientes existentes en la persona de nacionalidad boliviana infectada de la TBC.

- ✓ 2.1 Identificar el proceso, los aspectos generales y el desarrollo del proceso grupal de las personas con identidad de género Trans femenino.

- ✓ 2.2 Identificar los Procesos Protectores, los Procesos Destructivos y Los Procesos Resilientes existentes en las personas de Identidad de Género Trans femenino afectadas por el VIH/SIDA.

MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

➤ Salud

El concepto Salud ha ido cambiando a lo largo de la historia y de la evolución cultural de la sociedad. En la edad Antigua se lo relacionaba con el placer y el deporte, en Edad Medieval se relacionaba con la religión, siendo la enfermedad considerada un castigo divino desde el cielo. Con el desarrollo Industrial se vinculó al término con la productividad.

En la actualidad coexisten tres posiciones referidas a la Salud:

∞ Desde la Corriente Biologicista Mecanicista: se define a la Salud como ausencia de enfermedad, asignándole un valor positivo. Se considera a la Salud como un estado de adaptación del individuo. Existe bienestar o malestar ligado a aspectos físicos orgánicos funcionales.

Esta noción “no es un problema de falta de conocimiento, sino por el contrario, es el predominio de un modo de conocer medicalizado, que corresponde a un tipo de práctica curativa y ligada a la lógica comercial de la salud...” “...La incapacidad de definir la salud por sí misma y la persistencia de hacerlo por el lado negativo de la enfermedad es un obstáculo para el impulso de una visión nueva...”¹⁵

∞ La Concepción Ecológista-Dinámica: considera a la Salud como el completo estado de Bienestar físico, mental, y social, y no solamente ausencia de afecciones

¹⁵ Op. Cit. 9.

o de enfermedades. Vinculando el bienestar a aspectos psicosociales sumados a los biológicos.

Según la OMS (1948) la salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no consiste solamente en ausencia de enfermedades.

∞ Y por último, La Concepción Histórica-Procesal: entendiendo a la Salud como proceso histórico social. Relacionando el bienestar con la calidad de vida, incorporando e integrando a los aspectos físicos, biológicos, psicológicos, axiológicos, culturales y sociales.¹⁶

“...Tradicionalmente este término ha sido concebido como la oposición al término enfermedad. Actualmente, en cambio, para definir Salud es necesario que la comprensión sea desde la multicausalidad y se la considere como un proceso multidimensional que tiene carácter dialéctico. Es un proceso histórico social. Este último da lugar a modos de devenir o determinaciones de las condiciones de vida...” Es importante tener en cuenta para su definición: la cultura, los procesos históricos – políticos y los estilos cotidianos, los modos de vida o reproducción social de las personas, con sus contradicciones y relaciones.¹⁷

➤ **Salud Pública**

Se han planteado diversas definiciones para especificar este concepto. La más antigua definición se elabora en 1920, C. E. Winslow, es uno de los principales innovadores en el desarrollo de este concepto quien define a la Salud Pública como “... la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad

¹⁶ Castellanos Beatriz. (1998) “La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social”. Argentina. Editorial Humanitas.

¹⁷ Op. Cit. 15.

para: el saneamiento del medio ambiente; el control de las enfermedades transmisibles; la educación sanitaria; la organización de los servicios médicos y de enfermería; y el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.”¹⁸

La misión de la Salud Pública es satisfacer el interés de la sociedad en garantizar las condiciones que permiten a las personas tener salud. Las tres misiones fundamentales:

A) Evaluar y monitorizar la Salud: el objetivo es conocer el estado de Salud de las comunidades y poblaciones en riesgo para identificar problemas y prioridades de Salud. Para ello hay que proceder a la recolección, recopilación, análisis y diseminación de información sobre la salud de las poblaciones. Los servicios que la Salud Pública debe proporcionar para dar respuesta a esta misión son: Evaluación de las necesidades de salud de la población, Investigación de la aparición de problemas y riesgos para la salud, Análisis de los determinantes de los riesgos para la salud identificados.

B) Formular Programas y Políticas Públicas: en colaboración con la comunidad y las autoridades, es necesario diseñar planes y programas para resolver los problemas y prioridades de salud identificados a cada nivel local, regional y nacional. Hay que ejercitar la responsabilidad de atender el interés público desarrollando un conjunto global de políticas públicas en salud, promoviendo el uso del conocimiento científico para la toma de decisiones, estimulando la participación comunitaria y evaluando resultados. Los Servicios de la Salud Pública en este ámbito serían: Adopción de un papel como mediador y portavoz; Establecimiento de prioridades entre las necesidades detectadas; Desarrollar programas y planes para dar respuesta a dichas necesidades; Garantizar servicios: que toda la población tenga acceso a servicios que son adecuados y coste-efectivos, incluyendo servicios de promoción de la salud y

¹⁸ Instituto Nacional de Epidemiología. (2007) Boletín Curso Epidemiología Básica.

prevención de la enfermedad, evaluando la efectividad de dichas intervenciones, garantizando la puesta en marcha de los servicios, que son necesarios para conseguir y alcanzar los objetivos planteados, para dar respuesta a las necesidades puestas de manifiesto, estimulando que se desarrollen las acciones, regulando que se pongan en marcha o proporcionando los servicios directamente. Esto se conseguiría: Gestionando recursos y desarrollando una estructura organizativa; Poniendo en marcha los programas; Evaluando los programas y estableciendo sistemas de garantía y mejora de la calidad; e Informando y educando a la población.¹⁹

El Instituto Nacional de Epidemiología es una institución de Salud Pública cuyo objetivo es la Epidemiología (Investigación – Docencia y Clínica Epidemiología).

La Epidemiología, es una disciplina científica e interdisciplinaria, que nace con el pensamiento racional vinculando a la persona, el lugar y el tiempo. Se puede definir como "...el estudio de la distribución y los determinantes de salud y la enfermedad en la población humana, a fin de asegurar una racional planificación de los servicios de salud, la vigilancia de la enfermedad y la ejecución de los programas de prevención y control..."²⁰ De esta forma, surgen dos elementos claves: Proceso Salud - Enfermedad y población.

La Epidemiología estudia el Proceso Salud – Enfermedad observando la población humana en su dimensión total. Existe una articulación entre el Proceso Social y el Proceso Salud – Enfermedad, que asume características particulares según los conjuntos sociales y sus relaciones con otros conjuntos y el medio en el cual se desarrollan.

Esta ciencia permite conocer los determinantes sociales del perfil patológico de un grupo, abordándolo como fenómeno colectivo y como hecho social permite una solución más acorde a la realidad.

¹⁹ Instituto Nacional de Epidemiología. (2007) Boletín Curso Epidemiología Básica.

²⁰ Instituto Nacional de Epidemiología. (2007) Curso Epidemiología Básica 1. Estructura Modular 1. Modulo 1.

Como no hay enfermedad sin componente social, la salud es el hecho social producto de circunstancias políticas, económicas, culturales y sociales, que ocurren en una población en determinado tiempo y lugar. Es un fenómeno social que refleja el grado de satisfacción colectiva, de las necesidades vitales de la población.

Por lo tanto la “epidemiología social” (el término social epidemiology se acuñó en 1950) se distingue por el hincapié que hace en investigar explícitamente los factores sociales de la distribución entre las poblaciones de la salud, las enfermedades y el bienestar, en vez de considerarlos simplemente como el telón de fondo de los fenómenos biomédicos.²¹

○ Los objetivos de la Epidemiología:

- ☞ Identificar la causa o la etiología de una enfermedad y los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que una persona pueda desarrollar una enfermedad.
- ☞ Determinar la magnitud o extensión de una enfermedad de una población.
- ☞ Estudiar la historia natural y el propósito de una enfermedad.
- ☞ Evaluar nuevas medidas preventivas y terapéuticas y nuevos modelos de atención de la Salud.
- ☞ Proveer los fundamentos para el desarrollo de las Políticas de Salud y las decisiones regulatorias relacionadas a los problemas medio ambiente.²²

En esta Sistematización se utilizará el enfoque de La Epidemiología Crítica.

²¹ Op. Cit.20.

²² Op. Cit 21.

❖ La Epidemiología Crítica

La Epidemiología Crítica busca una nueva visión de la ciencia, de lo que es el conocimiento duro y de lo que es una intervención eficaz; no quiere ser apenas unos nuevos arreglos de viejas ideas y fórmulas funcionalistas.

Un nuevo proyecto epistemológico, es inevitable un ajuste de cuentas con las ideas propias y ajenas, con las que uno ha transitado por la acción. Cuestión especialmente importante en momentos en que se reaviva la necesidad histórica de afinar una utopía para la emancipación humana y ofrecer una visión renovada desde las posibilidades de cada rama de la ciencia.

Lamentablemente nos toca trabajar, y defender la vida, en una época en que el terrorismo imperial y el terrorismo reactivo pusieron en evidencia una nueva faceta de la globalización como expansión del terror y la regresión a manifestaciones bárbaras de la ideología que, quiéraselo o no, empujan a la cultura a un giro ultraconservador.

Desde el punto de vista de quienes luchan por la salud colectiva, y se trata de mostrar la relación entre toda forma de dominio social, con la enfermedad y la muerte, lo que ha sucedido ahora es una amplificación de la lógica económica y el verdadero espíritu del capitalismo.

Desde una óptica progresista se puede aseverar que una de las lecciones aprendidas ahora por los científicos de conciencia crítica que trabajan en el campo de la Salud Colectiva y la Epidemiología, es que el mayor desafío en los momentos actuales es perfeccionar la *conciencia objetiva* sobre los nuevos problemas de una realidad muy compleja y caracterizada por una espiral de creciente inequidad, pero hacerlo trabajando simultáneamente por una *conciencia sobre la subjetividad* como herramienta de impulso colectivo.

Una *Epidemiología Crítica* puede ser un instrumento básico de recuperación ética y de construcción de una nueva politicidad; dos aspectos seriamente menoscabados en medio de un proceso neoliberal cínico y regresivo. Se plantea la necesidad de que la epidemiología se haga y sienta algo muy distinto de lo que siente un tecnócrata desde su escritorio, es la urgencia de renovar el quehacer práctico. La epidemiología oficial o funcionalista tiene una distancia con las urgencias de la gente.

Las categorías centrales que en esta ciencia se emplean son: reproducción social, modos de vida, determinación, clases sociales y perfil epidemiológico.

En las últimas décadas han surgido valiosos aportes metodológicos desde la Epidemiología Crítica. Esta tendencia trabaja para superar los modelos psicobiológicos y psico-culturales y aún los llamados modelos semiológicos, centrados todos ellos en la noción de enfermedad, en explicaciones cerradas al mundo y relaciones inmediatas y que no han resuelto el problema crucial de las investigaciones epistemológicas, que es analizar el polo salud y no sólo en polo enfermedad, articular los procesos específicos y biológicos de la morbilidad que se analiza, con los procesos económicos-sociales, culturales, políticos y geo-ecológicos de los grupos característicos ; y hacerlo desde una perspectiva renovada en que la ciencia se abra a una construcción multicultural.

“La unidad coherente de la Epidemiología Crítica es la concepción de la realidad como un proceso que se desarrolla como movimiento organizado alrededor de modos de vida o reproducción social, con sus contradicciones y relaciones, la concepción dialéctica de que esos son modos de devenir o determinaciones de las condiciones de vida ...”²³

“...La vieja epidemiología es la idea de la realidad como dividida en “factores”, la concepción casualista de los factores de “riesgo” y la reducción de la acción a la

²³ Op. Cit 17.

corrección funcional de riesgos, para mantener status quo. Así, La Epidemiología Crítica propone sustituir el término factor por el de proceso. Procesos Protectores o Benéficos son los que contribuyen favorablemente a su desarrollo y perfeccionamiento y los Procesos Destructivos son los que provocan un deterioro o desmejora en la Calidad de Vida.²⁴ No es que hay procesos destructivos y otros protectores, sino que los procesos de vivir devienen en destructividad o en protección, según las relaciones sociales que operan en distintos dominios como el más general de la sociedad en su conjunto, el dominio particular de sus grupos y el dominio singular de las personas con su cotidianeidad....²⁵

La clase social no agota toda la determinación del disfrute/ padecimiento de procesos protectores/procesos destructivos y de las relaciones epidemiológicas determinantes.

Los procesos críticos de exposición son característicos para cada espacio social concreto y se caracterizan por distintos mecanismos como los de exposición eventual (que son las exposiciones de tipo casual no ligadas a estilos de vida) y lo de exposición crónicos (ligados a patrones estables inscriptos en los modos de vida o en los estilos cotidianos) y los de exposición permanente, que más que "ex" posición serían "im" posición (actuación continua del proceso destructivo impuesta por una situación permanente).

Desde un enfoque dialéctico y praxiológico, la Epidemiología no sólo debe definir el *objeto* de transformación de su campo científico, sino el *sujeto* de dichas transformaciones.

²⁴ Según la OMS, Calidad de Vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

²⁵ Op. Cit 23.

El conjunto coherente “factor causal / paradigma de riesgo / acción funcionalista”, no nos permite penetrar en la realidad para apoyar su transformación y, por el contrario, constituye una herramienta de mediatización y hegemonía.

La unidad coherente de la vieja epidemiología, es entonces la idea de la realidad como dividida en “factores”; la concepción causalista del paradigma de los factores de “riesgo”, y la reducción de la acción a la corriente funcional de riesgos para mantener el status quo. La unidad coherente de la epidemiología crítica es la concepción de la realidad como un proceso que se desarrolla como movimiento organizado alrededor de modos de vida o reproducción social, con sus contradicciones y relaciones; la concepción dialéctica de que esos son modos de devenir o determinaciones de las condiciones de vida y de las confrontaciones que finalmente ocurran en nuestros genotipos y fenotipos, y la proyección de la acción en salud y nos impide emanciparnos (prevención) y favor de los procesos que protegen y perfeccionan tanto colectiva como individualmente (promoción).²⁶

Los Procesos Resilientes, se definen:

Resiliencia “...Es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles, y de traumas a veces graves...”²⁷

Aún reconociendo que hay problemas, se intenta abordarlos de un modo constructivo, a partir de una movilización de recursos de las personas directamente afectadas.

²⁶ Op. Cit. 25.

²⁷ Manciaux, Michael. (2001) La Resiliencia: Resistir y Rehacerse. Editorial Gedisa.

Nunca es absoluta, lograda para siempre. Es una capacidad que resulta de un proceso dinámico, evolutivo, en que la importancia de un trauma puede superar los recursos del sujeto.

Varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto, y la etapa de la vida, puede expresarse de modos muy diversos según la cultura.

La Resiliencia es fruto de la interacción entre el propio individuo y su entorno, entre las huellas de sus vivencias anteriores y el contexto del momento en materia política, económica, social o humana.

No significa ni falta de riesgo ni protección total. Tampoco se adquiere de una vez para siempre.²⁸

Como capacidad humana, la Resiliencia puede existir de modo latente mucho antes de manifestarse. Eso es lo que hace posible los efectos preventivos, sea un programa intencionado o en la vida diaria, tal como se construye espontáneamente. Las estrategias para construir la Resiliencia pueden variar según el suceso revelador y en función de nuevos desarrollos de vida.²⁹

Apostar por la Resiliencia significa animar en las personas la fuerza de sobrellevar situaciones destructivas y reconstruir la capacidad de autoestima. Despertar la convicción de que es posible superar traumas y luchar por una vida digna.³⁰

²⁸Op. Cit. 27

²⁹ Op. Cit 25.

³⁰ Op. Cit 29.

❖ **El Trabajo Social y su Intervención en el Campo Salud.**

Argentina del Siglo XX.

Los antecedentes de la intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud, involucran una serie de cuestiones que en muchos aspectos pueden ser abordadas desde una mirada genealógica de ese devenir histórico.

Es importante la reflexión sobre los sentidos y el origen de las prácticas que intervienen en lo social desde la perspectiva de la constitución de ese *otro* sobre el cual se interviene.

El sujeto de conocimiento construido formará parte de lo que se denomina “Problema Social” y sobre el cual se generarán estrategias de intervención.

El análisis se centra en el período de surgimiento de una modalidad de intervención signada por los parámetros del positivismo, en un contexto de surgimiento del Estado-Nación Argentino.

En el marco del positivismo argentino, también la mirada, en tanto observación cada vez más sistemática y ordenada, implicó un sentido ligado a los preceptos socio-biológicos de la época.

El paradigma indiciario se relaciona con políticas de individualización y disciplinamiento. De esta forma se generaron una serie de técnicas correctivas orientadas a la regulación de la actividad del cuerpo.

Lo Social en tanto laboratorio, se transformó en esta época en una especie de portaobjeto que fue puesto en el microscopio de las Ciencias Naturales, pero la mirada ya no era la del biólogo, sino que comenzaban a compartir el *campo* tanto el médico como el reformador social y el filántropo.

Posiblemente por el temor a las epidemias que asolaron a Buenos Aires, se construyeron formas de explicar la pobreza, pero fundamentalmente de actuar sobre

ella. Tanto la explicación del problema como la intervención se asentaron en un mismo marco conceptual: el positivismo.

El cuidado de la Salud Pública se transforma en un instrumento de coerción, como así también de amalgama de un determinado grupo social. Pero este proceso inevitablemente se extenderá en forma lenta y paulatina a prácticamente toda la sociedad argentina a lo largo del siglo XX.

La idea de Salud Individual se intercalaba en la cotidianeidad y la Salud Colectiva era presentada como una especie de sumatoria de las fuerzas modificables de los individuos.

La intervención es, desde esta perspectiva, un espacio de diálogo entre conocimiento, política y un *otro* que se va constituyendo en un escenario que paulatinamente fue montando los nuevos papeles y guiones de la vida social sana y educada.

Esta modalidad, que es caracterizada desde este trabajo como *liberal-positivista*, conlleva una concepción de sujeto que se va a construir lentamente desde postulados fuertemente relacionados con el racismo, donde la necesidad va a ser ligada con el lugar que se ocupa en la “especie”, las posibilidades de supervivencia del más apto, generándose una analogía entre mercado y naturaleza, confiriendo además una fuerte connotación moral a la condición de pobreza.

Así, el Modelo Médico fue utilizado para individualizar la cuestión social, quitándole toda apreciación que permitiera mirar lo colectivo por fuera de la lógica de las epidemias, o la enfermedad.

Se define el Campo de la Intervención, orientándose hacia el conocimiento de la natalidad y la morbilidad, las discapacidades biológicas, las influencias del ambiente, etc.

La principal preocupación de la medicina será en ese contexto, la Higiene Pública.

Otro aspecto se relacionó con la inhabilitación, la discapacidad, la locura y la indigencia.

La Higiene Pública desde su intervención generaba una medicalización de la vida cotidiana. El Estado se consideró como constructor de la sociedad, siendo un importante organizador de la vida social y el cuidado de la Salud Pública dependiente del aparato político.

La intervención en lo social, se asociará al poder disciplinario, en la perspectiva de enderezar conductas, se orienta hacia la vigilancia jerárquica, la sanción normalizadora y el examen.

Es necesario un dispositivo que permita una serie de actividades que se integran en parte desde la intervención. Mediante la inspección en los domicilios, la observación de las conductas, registrando lo normal y lo patológico, *examinando* a ese *otro* desde diferentes planos.

Pero la observación implicaba también la transformación de lo observado en texto, se debía escribir, describir para otro que esperaba pacientemente el informe sobre las características ambientales de los habitantes de la periferia.

Desde mediados del siglo XIX, la intervención en lo social se vincula estrechamente con un sostén que la integra y la carga de sentidos: la vigilancia, el registro y la inspección.

En el caso de nuestro país, se pueden ubicar algunos antecedentes en la creación de las primeras escuelas de Trabajo Social a principios del siglo XIX, como en la Sociedad de Beneficencia, el Proyecto Educativo de la Generación del '80, el discurso de la higiene médica y las prácticas en el campo de la *minoridad*, con su consecuente división de prácticas correctivas y asistenciales, fundadas en un ideal rehabilitatorio.

Existen pobres porque hay un exceso de ayuda social, estos discurso fundacionales que retornan en diferentes épocas, es posibles rastrearlos en documentos explicativos de la crisis del '30 o recientemente, cuando fueron retomados

por el Instituto de Manhattan en la década de los '80 del siglo XX para fundamentar el achicamiento de las políticas sociales y del Estado benefactor, en un contexto de aparición del neoliberalismo a nivel mundial. También los orígenes del Trabajo Social, ya como práctica legitimada, se relacionan con el "neo-realismo".

La función del maestro en el caso de la Argentina ya se relacionaba con la transmisión de conductas que le permitan adaptarse al medio social, pero la intervención se daba dentro de los establecimientos educativos.

Otro elemento relacionado con la aparición del Trabajo Social como disciplina que deberá estar e intervenir en el contexto, se vincula con la medicalización y el surgimiento en Occidente de la figura del *Anormal*, la cual será en principio dominio privilegiado de la psiquiatría, de donde se tomarán parte de los instrumentos de intervención que al Trabajo Social comienza a aplicar en esa necesaria tecnologización de la mirada hacia *los otros*.

Algunos elementos constitutivos del Estado de Bienestar surgen como producto de la Ilustración; desde allí se construye un nuevo dominio de saber que articula Salud con Bienestar y Felicidad.

Respecto a la relación entre los pacientes y el medio social, la figura del visitador social se hace cada vez más necesaria.

Así, lo Social –en términos de intervención- será de alguna forma un conjunto de dispositivos de asistencia que tratan de mantener la integración del todo y su propia cohesión. Estas cuestiones se fundan en un principio de solidaridad y de responsabilidad, más allá de los derechos o una mirada crítica a la inequidad.

A principios de la década de los '40, la Sociedad de Beneficencia estaba perdiendo el manejo de las instituciones de salud y se refugiaba en las de minoridad, presentando una imagen deteriorada, fundamentalmente por la escasa o casi nula resolución de problemas sociales a través de ella. Aunque estaba desprestigiada, continuaba conduciendo las instituciones de salud y minoridad.

La Asistencia Social utiliza una terapéutica social dada por la Asistencia Individual y Colectiva: Dispensarios, Hogares, Refugios, Preventorios, Comedores, Hospitales, maternidades, Centros de Salud. Orienta y guía a las poblaciones por los senderos que traza la Política Social, que son los de la regulación social y la sana convivencia. Protege, por medio de una elevada cultura moral, física e intelectual a los niños, adolescentes y adultos.

Lentamente, se iba dejando de lado la idea positivista de sujeto moral, y se hacía más fuerte la explicación de los problemas sociales vinculándolos con las influencias del medio y la situación económica, sin perder el tono liberal.

Comienzan a retomarse los primeros lineamientos de la Seguridad Social, que se plantea como un derecho a la solidaridad que tiene todo habitante de la Nación, a partir de que contribuye con su trabajo al bienestar general.

En 1930 se crea la primera Escuela de Servicio Social, dependiente del Museo Social Argentino. La conformación de estas primeras escuelas, se vincula en principio con una concepción para-médica y luego para-jurídica, buscando ampliar el panorama de esas disciplinas desde una idea de personal auxiliar que interviene pero que media y transmite su saber a las disciplinas de origen (derecho y medicina). La preocupación continúa centrada en mejorar la organización social.

De este modo la Acción Social comienza a orientarse definitivamente hacia la esfera del Estado. Con la crisis económica del '30, la Acción Social comenzará a ser sinónimo de deber de Estado. Esta crisis va produciendo y sumando mayores niveles de empobrecimiento, descontento, pauperización y desocupación. En el resto de América Latina también impacta en forma relevante. La conflictividad social comienza a expresarse desde fines del siglo XIX, con lo que la Acción Social es puesta en marcha por los laicos, implicando ciertos cambios en las prácticas.

En el caso del Estado Social Argentino, es la Fundación Eva Perón y la acción del Ministerio de Salud a cargo del Dr. Ramón Carrillo desde donde se aplicarán

Políticas Sociales novedosas, en espacios casi siempre cercanos a la concepción de dignidad y justicia.

Las formas de intervención estatal a través de la Política Social de ese período se caracterizaban por un marcado centralismo, lo que implica una mayor presencia del Estado en cuanto a diseño y ejecución de Políticas Sociales.

En el período 1945-1955 (planes quinquenales), la Política Social, la Política Sanitaria, la Política de Educación, la economía e incluso los aspectos demográficos; y la acción social, también se expresan a través de la Fundación Eva Perón. Esta ocupa el lugar que hasta entonces había tenido la Sociedad de Beneficencia, la cual cambia la concepción de caridad o filantropía por la de dignidad, derechos sociales y ayuda social específica. También genera nuevas formas de representación, ahora ya no de la pobreza sino de los derechos sociales, las garantías y las obligaciones que el Estado Social debe avalar.

La práctica de los Asistentes Sociales, Visitadoras de Higiene, Médicos, Educadores, etc., ahora se deslizó dentro de un nuevo marco y nuevos condicionamientos, si se quiere explicativo de los problemas, y con su forma de resolución vinculándose fuertemente con la Política Social y con la idea de dignidad que les da un nuevo sentido.

Desde esta perspectiva, la formación de los Asistentes Sociales pasaba por la detección de problemas y el armado de estrategias de socialización o resocialización.

Los años `60 se caracterizan por la presencia de conflictos políticos e importantes cambios en lo social. El Tercer Mundo emerge en la escena política mundial, como un espacio de marginalidad, generando nuevos interrogantes para las Ciencias Sociales. Para muchos autores el Tercer Mundo, o “periferia de la civilización”, era el lugar de donde podía surgir una nueva concepción del hombre.

Esta década implicó nuevos desafíos para las prácticas del campo de lo social, se buscan nuevos marcos conceptuales y nuevas formas de explicación de fenómenos sociales emergentes. Los temas que preocupan son la desigualdad, la opresión y la

elaboración de formas de intervención que sirvan para la construcción de ese “nuevo hombre”.

El fracaso de la estrategia Desarrollista en nuestro país, y la aplicación de una Política Socioeconómica cercana al Liberalismo, generaron desequilibrios regionales que aumentaron el empobrecimiento. Como consecuencia de este proceso, se produce una fuerte migración interna desde las regiones más empobrecidas hacia los grandes centros urbanos. Surgen así nuevos escenarios de intervención en la periferia de las grandes ciudades, llamados “villas miseria”, donde el Trabajo Social hará una serie de síntesis de tipo político y metodológico.

Las Políticas Sociales del Desarrollismo siempre estuvieron vinculadas a las prácticas del Trabajo Social. Es así que “El desarrollo de la comunidad”, se constituye en una nueva estrategia de intervención, la cual alude a un tipo particular de intervención focalizada sobre los sectores desfavorecidos de la población. Esta idea de desarrollo, propiciada por las Políticas Sociales, se relacionaba con tratar de lograr las “condiciones previas” para alcanzar el progreso y la modernización en América Latina.

Cabe destacar que el Funcionalismo tuvo gran influencia en el terreno de la intervención del Trabajo Social, a partir de la teoría del Cambio Social, que proponía el pasaje de una sociedad tradicional a una sociedad moderna, y es allí donde el Trabajo Social se enunciaba como agente de cambio. Así, el sujeto de la intervención, en especial en el campo de la Salud, será construido como un sujeto pasivo, “portador de problemas”, y la intervención se orientará a la “organización del bienestar”.

Es importante destacar como la noción de necesidad se corre del lugar de los derechos; la necesidad es una situación de carencia que atraviesan las personas, los *desviados sociales*. Así la intervención en lo Social desde las Políticas Sociales, no se presenta como resultado de la aplicación de un derecho, sino como la cobertura de

una falta que debe ser detectada por un técnico. A este tipo de intervención se la llama “Tecnocrática-Normativa”.

Por esos días los problemas sociales eran analizados desde una perspectiva crítica y política. Y es así que la politización en el campo de la salud, se expresa en una profundización del estudio acerca de los condicionantes estructurales del proceso salud-enfermedad. Es así que comenzará a utilizarse la noción de proceso, para aproximarse a la problemática de la salud saliendo de los esquemas ligados a las Ciencias Naturales como causas de la enfermedad. Se aplican nuevos modelos epidemiológicos desde donde surgen los conceptos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

También se lleva a cabo una reflexión más profunda sobre las características sociales de los problemas de salud; al mismo tiempo que la noción de planificación normativa comienza a aplicarse, haciendo más sistematizadas las prácticas en un proceso de apropiación de nuevas formas de comprensión del proceso salud-enfermedad.

La intervención desde las Políticas Sociales estuvo marcada por el “Paradigma de la Modernización”, donde se le atribuye al Estado un papel de modernizador de la sociedad, interviniendo sobre las “Resistencias al Cambio” y la implementación de Políticas de “Promoción de la Comunidad”. Esta concepción atraviesa al Trabajo Social en el Campo de la Salud: la noción de la prevención se encuentra atravesada por lo normativo, tratando de disminuir la incidencia y prevalencia de problemáticas específicas.

Así comienzan a utilizarse en la intervención del Trabajo Social conceptos relacionados con los criterios de *desviación, adaptación, marginalidad, disfunción, patología social*, etc., que también poseen un alto nivel de medicalización, retomándose tradiciones relacionadas con los orígenes para-médicos de la profesión.

La Visión Comunitaria de la Salud, también significaba un intento de búsqueda de “participación” de la comunidad y también la necesaria puesta en escena de estrategias, formas y metodologías de intervención que salen del caso individual, comenzándose a aplicar dispositivos de tipo grupal y la adaptación del “desarrollo de la comunidad como método”. Este tipo de desarrollo es presentado como un proceso, orientado hacia la educación. Surge así la figura de los “Agentes de Salud”, quienes desde la noción de “líderes comunitarios”, eran capacitados para obtener conocimientos sanitarios básicos. Así el Trabajo Social comenzaba a participar en forma cada vez más activa.

La intervención del Trabajo Social dentro del Modelo Tecnocrático-Normativo o Desarrollista implicaba una apertura que generó algunas transformaciones y nuevos contactos con la realidad dentro de un contexto más politizado; de esta manera se fue gestando otro modelo de intervención denominado Reconceptualización.

Los textos más utilizados en esta época, en la formación de los Trabajadores Sociales, se orienta hacia el desarrollo de la comunidad, el cual es presentado como un proceso, orientado hacia la educación, reafirmando los rasgos pedagógicos fundacionales de la profesión. Surge como relevante en esta etapa, la apropiación de técnicas, instrumentos y conocimientos que provienen de otras disciplinas.

La perspectiva “para-médica” de la profesión se expresaba en aquellos años dentro de las instituciones hospitalarias. Encontrando dentro de este modelo dos perfiles diferenciados de demanda; ambos se relacionan con la inserción institucional de la profesión; existe una diferenciación de la demanda en el ámbito hospitalario con respecto al ámbito comunitario.

En el campo más tradicional de intervención en Salud se puede ver una predominancia hacia la separación de las prácticas en “institucionales” y “comunitarias” en la Salud Mental, que aparecía como un territorio “novedoso” de intervención. Por

otro lado, el Trabajador Social recupera parte de su tradición “médica fundacional”, incorporando preceptos provenientes de este campo.

La Intervención Social, en esos años, comienza a tomar otro tipo de orientación. Puntualmente en nuestro país la incorporación de técnicas de intervención de tipo grupal marca un cambio elocuente, vinculándose también con la intervención en la comunidad. La aplicación de técnicas grupales busca de alguna manera centrarse en una perspectiva de “Cambio Social”, tanto comunitario como institucional.

La Reconceptualización como modalidad de intervención es entendida como una corriente de pensamiento o movimiento que intentaba cambiar en forma relevante los presupuestos básicos del Trabajo Social. De esta manera, la intervención en Salud desde esta perspectiva, se muestra en forma similar a las intervenciones anteriores relacionadas con el desarrollismo.

La Intervención desde la Reconceptualización no va a proponer el desarrollo ni la modernización de la sociedad, su postura apunta al “Cambio” de la misma. Estas ideas se ubican dentro del marco conceptual que, desde el Trabajo Social, se da en estrecha relación con el paradigma de la dependencia, el cual atravesaba a gran parte del pensamiento social y otras disciplinas como la medicina y la psiquiatría.

El Paradigma de la Dependencia surge en los ´60 poniendo en duda los supuestos del paradigma anterior, el de la modernización, su foco central será la contradicción centro y periferia. Es de carácter económico-estructural con influencia neo-marxista, e ilumina al sujeto del cambio: la Clase Trabajadora.

La Reconceptualización se propone el cuestionamiento y reformulación del Servicio Social, desde su metodología y práctica profesional, acomodándose a la realidad de un país dependiente que lucha por su liberación.

La comunidad es un nuevo “lugar” de conocimiento, y es ella la que va a influir dentro de la institución hospitalaria. A su vez, dentro del hospital se observan cambios,

en especial en los hospitales psiquiátricos, donde se transmiten dispositivos de intervención, esencialmente de tipo grupal y con una fuerte visión social de las problemáticas en Salud Mental. También desde el Grupo ECRO se plantean algunas cuestiones vinculadas con la intervención en el campo de lo grupal, otorgándose gran importancia a la cuestión interdisciplinaria.

El cambio de denominación de esta profesión (se pasa de “Servicio Social” a “Trabajo Social”), muestra nuevos horizontes para la profesión desde la intervención, y el desarrollo de investigaciones y transformaciones en los ámbitos académicos. Este cambio de nomenclatura implica la incorporación de nuevas formas de intervención y la redefinición de los marcos conceptuales.

De este modo, se transformaban las diferentes modalidades de intervención comunitaria en el Campo de la Salud. No se buscaba sólo la eficiencia de la aplicación de un programa en cuanto a mejorar determinados indicadores sanitarios, sino que se propone un objetivo superior: la generación y sustento de modalidades organizativas en la comunidad.

Durante la década de los ´60 y parte de los ´70, la aplicación de Políticas Neoliberales comenzaba a generar una serie de fracturas en el seno de la sociedad. Es así, que a mediados de los ´70 comenzarán a expresarse una serie de contradicciones que abarcan desde la caída del Modelo Keynesiano de la economía y el derrumbe del Estado de Bienestar a la irrupción de nuevas lógicas en la vida cotidiana.

En nuestro país se instala en 1976 una dictadura sangrienta que aplicará en forma sistemática el Terrorismo de Estado, la desaparición de personas, la apropiación de bienes, el desmantelamiento del aparato productivo y la pérdida de una generación que será perseguida, fusilada o exiliada. Los otros, se transforman en ajenos, diferentes, extraños.

A partir de este golpe de Estado, todo el campo de ideas de la Reconceptualización ingresó en una etapa de retroceso. Se retomaban prácticas “Desarrollista”, relacionadas con criterios vinculados con el funcionalismo en la contradicción de la aplicación de estas ideas en un Estado de Bienestar que comenzaba a ser demolido. La aplicación de los conceptos que sustentaron el Campo de intervención del Desarrollismo o del Modelo Tecnocrático-Normativo, se orientó, en un contexto de represión y Terrorismo de Estado, a la detección de situaciones de anomia, disciplinamiento y control de la población.

Las limitaciones al Trabajo Comunitario, el desmantelamiento del Sector Salud en cuanto a prestaciones y camas hospitalarias, el desarrollo de Políticas Sanitarias Restrictivas, marcan las características del sector Salud en los años de la dictadura.

La aplicación de un Modelo Neoliberal comenzaba a expresarse a través de Políticas de achicamiento del Estado, reducción de la capacidad instalada (en número de camas, prestaciones y servicios) e incorporación de arancel en los Hospitales Públicos. Estas cuestiones significaron gran parte de la intervención del Trabajo Social en la elaboración de “encuestas sociales” para la determinación del pago o no de aranceles.

A partir de la década de los ´80, junto con la recuperación de la Democracia, una serie de sucesos impactan en forma relevante en la intervención del Trabajo Social y en todas las disciplinas del Campo de la Salud.

El derrumbe del Estado de Bienestar genera la gestación de políticas restringidas; residuales y con tendencia a la focalización. De esta manera se ingresaba a un contexto de aplicación de Políticas Sociales y de Salud donde la lógica del costo-beneficio y la preeminencia del mercado quedarán por encima de la accesibilidad. Este proceso también se caracteriza por la pérdida de recursos humanos en el Sector Salud

y el desarrollo de tendencias de capacitación que repiten el esquema focalizado de los Programas Sociales.

El Trabajo Social se encuentra en ese momento en un punto de tensión en el cual se circunscriben las posibilidades de respuesta desde las Políticas Sociales y, por otra parte, se incrementan las demandas hacia los Servicios Sociales como efecto de la crisis socioeconómica que atraviesa la Argentina. Por otra parte, el discurso de los Organismos Internacionales comenzaban a justificar el desmantelamiento del Estado y el desarrollo de la Acción Social desde la Sociedad Civil. Así, el Estado Social comenzaba a ser “reemplazado” por las ONG`S y el mercado, generándose también una etapa de neo-filantropización que también se expresará en el Campo de la Salud.

En esta forma de intervención, lo que sobresale es la visión participacionista del abordaje Social en el Campo de la Salud, con nuevos intereses y horizontes dentro del Trabajo Comunitario. (Crecimiento de la lógica del mercado, aparición de formas asociativas novedosas y una fuerte participación)

Ahora los nuevos espacios de intervención en los ´80, son los “asentamientos” que se producen por la toma de tierras. También una resignificación del espacio barrial implicó nuevas estrategias de intervención. La Sociedad de Fomento comenzaba a sufrir crisis de representación y legitimidad, mientras que paralelamente se construían otras formas organizativas relacionadas con problemas más sectoriales y recortados temáticamente. En este contexto, se inicia una significativa crisis en la administración de recursos, relacionada con el achicamiento de las Políticas Sociales, las que adoptan un carácter de tipo residual.

Otro tema que surge en esta década es el de los *nuevos pobres* apareciendo nuevos actores sociales que demandarán de manera novedosa a los Servicios de Salud.

El tipo de intervención que crece dentro del Campo de la Salud, es el de la *Participación*; el mismo proviene de influencias de desarrollos en otros países de América Latina. Es así que el Trabajo Social se fija en un “espacio contradictorio”: el de las relaciones entre el Estado y las Organizaciones Populares. Desde esta perspectiva, el Trabajo Social sólo puede proponerse como alternativo en la medida en que se constituyen como parte de una alternativa popular para el orden social; a su vez, el Trabajo Social Alternativo reconoce la dimensión política de la práctica, pero resaltando que se trata de una actividad profesional.

Por otro lado, La Organización Panamericana de la Salud propondrá la estrategia de SILOS (Sistemas Locales de Salud) como forma de instrumentar el Trabajo Comunitario; ésta se diferencia de las intervenciones comunitarias anteriores, desde una búsqueda del *Capital Social* de la comunidad, en un contexto de crisis de recursos y de acciones focalizadas que comienzan a multiplicarse.

De esta forma, desde la Salud, surgen líneas de intervención similares al Desarrollo Local, lo que implica incorporar el lenguaje de los organismos internacionales ahora desde la práctica dentro del Campo de la Salud.

A su vez, las producciones del Trabajo Social en el Campo de la Salud se relacionan con la actividad dentro de las instituciones hospitalarias, donde se resignifican actividades o se crean programas nuevos en base a esta nueva modalidad de intervención y su relación con el contexto y las transformaciones en el campo de las Ciencias Sociales.

Durante la década de los ´90, la Sociedad Argentina se vio atravesada por una serie de reformas que se apoyaban en los preceptos del Neoliberalismo. A partir de la reforma del Estado pasan a la esfera privada los recursos estratégicos de la Nación, y también se actualizan las Políticas Sociales. Estas últimas se orientan hacia las nociones de Exclusión y de Ciudadanía.

Las prácticas profesionales tanto dentro de la esfera del Estado, las ONG'S, y hasta en el sector privado, comienzan a registrar en ese período la existencia de una composición social cada vez más heterogénea dentro de un proceso de fragilidad en los lazos sociales y situaciones de "caída"; por ejemplo, en las prácticas de los Trabajadores Sociales en hospitales psiquiátricos, era posible observar la relación entre la fragilidad en los vínculos, la construcción cada vez más precaria de la vida cotidiana y el padecimiento subjetivo.

Otro tema sobresaliente dentro del campo de la intervención se vincula con el impacto de la crisis del Estado y en la propia práctica del Trabajo Social. Pero la cuestión se relaciona con los importantes cambios acerca de la visión de problema social que existe en las instituciones donde se actúa. En este punto se entrecruzan cuestiones relacionadas con las representaciones sociales, la construcción simbólica de la profesión y las construcciones previas de ésta. En este aspecto, la práctica del Trabajo Social se aleja de sus supuestos fundacionales, conviviendo con una representación social que aún lo asocia solamente con la administración de recursos en poblaciones homogéneas.

Esta modalidad de intervención ha comenzado a ser resignificada a partir de la propia crisis del Estado y de las Políticas Sociales. Desde esta perspectiva, la administración de recursos, pierde validez como instrumento de integración.

Las Instituciones de Salud sufren el impacto de la crisis, no sólo desde las Políticas Sociales Residuales o focalizadas, sino también desde las nuevas demandas hacia éstas. En algunos aspectos son descritas como burocráticas y con dificultades de dar respuestas operativas. El Centro de Salud en los '90, aparece como el lugar más flexible, pero dentro de los hospitales generales y especializados, se van construyendo diferentes espacios que intentan dar cuenta de las nuevas demandas. Desde la escucha del paciente se trató de intervenir institucionalmente, tratando de

generar un espacio de mayor contención, pero relacionado con la singularidad del paciente; de ahí que la escucha sobresalga en la actualidad como un instrumento clave en la Intervención del Trabajo Social.

Aún así, el mercado continúa actuando como disciplinador social. El desempleo, la desigualdad y la violencia son parte de la vida cotidiana. Así, desde la intervención en lo social, la integración de la sociedad se presenta como un horizonte remoto, pero no imposible. De esta manera, la nueva cuestión social se refiere al problema de la propia integración social.

Estos nuevos temas se reflejan en las instituciones y en las prácticas que allí se desarrollan, generando nuevas formas de interpelación hacia éstas, las que se desenvuelven en marcos institucionales “previos” a estos acontecimientos, lo que las ubica desde otro plano en una crisis de legitimidad.

De esta forma, las instituciones de Salud, Acción Social, Educación, comienzan a tener dificultades para dar cuenta del mandato fundacional, ya sea de Control Social o de Búsqueda de Bienestar. Así se expresa una crisis de validez con relación a las prácticas del Trabajo Social, en tanto la existencia de dificultades para intervenir frente a las nuevas demandas sociales y también en relación a dar cuenta de su papel dentro de la propia institución.

Lo que se presentaba como novedoso para el Trabajo Social a principios de los '90 era que se pusiera en tela de juicio sus papeles y funciones dentro de la institución sanitaria, donde tiene una de las raíces históricas más profundas. En los últimos años, diferentes desarrollos intentaron desde la profesión comenzar a responder a este tipo de interpelaciones desde nuevas formas de intervención, donde la administración de recursos no se presenta como el eje fundamental. Inclusive, dentro de la singularidad de las diferentes Instituciones en Salud, la representación simbólica de la profesión

está cambiando, orientándose hacia cuestiones más relacionadas con los derechos y la accesibilidad al Sistema de Salud en tanto recuperación de Ciudadanía.

Es importante mencionar también el crecimiento de nuevas formas de transmisión del conocimiento. Los grupos de estudio, discusión y supervisión dentro de esta disciplina están creciendo en forma notable.

Las particularidades de esta forma de transferencia de conocimiento se vincularon desde mediados de los '90 en general con temas específicos (Salud mental, Drogadicción, SIDA); en la actualidad, la temática que se aborda con mayor profundidad es "la intervención", de allí que la supervisión sea una nueva e interesante vía de discusión y transmisión de conocimientos desde la práctica misma, generándose espacios de relación y diálogo con diferentes corrientes de pensamientos dentro de la profesión y con otros espacios de saber.

Luego de la crisis del 2001, en la Argentina los índices de empobrecimiento se multiplicaron y se acumularon desigualdades e injusticias sociales, bajo la lógica del mercado. Las nuevas víctimas del disciplinamiento del mercado comenzaban a ver el recorte de sus ciudadanías. Así, la vida se transformaba en algo precario e incierto, donde la pérdida de Derechos Sociales llevaba a la privación de los Derechos Civiles y de la autonomía.

De esta manera, la Intervención en lo Social, en tanto comprender la Salud como un proceso histórico-social, implica una mirada acerca de las articulaciones entre Salud y Derechos Sociales, en términos de Ciudadanía. De este modo, el Derecho a la Salud como representación social se expresa en forma esporádica. Esta cuestión abarca también al propio Trabajo Social, ya que desde la intervención se recurre con frecuencia a prestaciones legales que apelan a la aplicación de derechos a la asistencia, los medicamentos o los estudios de alta complejidad.

Así, la denominada Cuestión Social comienza a hacerse visible e interpela, genera nuevos interrogantes, que van desde las formas de intervención hasta la necesidad de nuevos diálogos con los marcos teóricos que las sustentan.

Es un contexto heterogéneo y sumamente complejo, donde los viejos problemas de Salud adquieren nuevas connotaciones, aparecen nuevas formas de demanda que son entendidas como expresiones del padecimiento subjetivo.

La actualidad está signada por la fragmentación de la sociedad, la ruptura de lazos sociales y la crisis de representación. Hay una pérdida de soberanía, prevalece la individualidad, expresada en “ciudadanías recortadas” que dificultan la inserción de cada miembro de la sociedad en el mercado. Desde esta perspectiva, la Salud también es leída como un fenómeno individual, como algo que queda bajo la responsabilidad del sujeto, fomentando la fragmentación, permitiendo el agrupamiento por patologías.

Desde el paradigma simbólico-interpretativo, la intervención se ubica dentro del enfoque interpretativo. La intervención no se inclina a la búsqueda de causas, sino de entender motivaciones, reconociendo el atravesamiento macro social de éstas. Desde esta perspectiva el Trabajo Social intenta acceder al mundo simbólico de la persona, tratando de interpretar situaciones y construcciones de código.

Es decir, se hace necesario un conocimiento detallado de los espacios, y de las características de los diversos actores sociales que circulan en ellos, respecto de cómo comprenden, construyen y explican el mundo en el que viven.

Como resultado de todo esto, en los '90 las Ciencias Sociales y el Trabajo Social en particular, comienzan a construir una fuerte mirada a la singularidad. Esta forma de intervención implica una mirada a la subjetividad. El Trabajo Social se funda como una disciplina caracterizada por su intervención en lo Social y en segundo lugar en relación a la construcción de conocimiento a través de la investigación. A su vez,

esta profesión elabora en forma dinámica sus propios instrumentos de intervención (la palabra, la mirada, y la escucha.)

Como consecuencia de todos estos acontecimientos se muestra la necesidad de repensar las prácticas que intervienen en este campo desde la formación de grado, posgrado, pero también la necesidad de construir nuevos perfiles institucionales que puedan dar cuenta de estas nuevas expresiones de lo social en nuestro país.

La intervención en lo Social implica por un lado generar estrategias de recuperación de aquello que la crisis fragmentó; pero es también un espacio de interacción entre el Estado y la Sociedad. La intervención también construye formas de relación entre lo macro social y lo micro, en este sentido se trata de generar espacios de encuentro, de diálogo, entre los diferentes campos de saber en el ámbito de lo Social, que tratan de generar acciones de asistencia. Para esto es necesario conocer cuáles son los nuevos padecimientos sociales y la incumbencia de los campos del saber sobre ellos, y al mismo tiempo es oportuno repensar los Modelos de Asistencia desde una perspectiva integral que abarque a todo el Sistema de Salud.

Una Política Sanitaria es producto de la Política Social, y desde allí surge la necesidad de reflexionar sobre el carácter no sólo asistencial de la misma sino también anticipatorio y estratégico. Una política que genere el diálogo entre los diferentes actores; dentro de los Equipos de Salud es necesario la conformación de relaciones simétricas, tratando de generar transformaciones que apunten a mejorar la accesibilidad al Sistema de Salud, en una sociedad donde se mantiene la visión de la Salud como algo estático, que será resuelto en la medida en que sea redituable su solución o que implique disolver, aunque sea momentáneamente, su conflictividad.

Para repensar el hacer, tal vez se haga necesario entender la Salud como resultado de relaciones sociales y del devenir histórico-político. Es decir, comprender la Salud como proceso, como campo de lucha y transformación.

La intervención en Trabajo Social se construye como un *lugar* donde se generan nuevas preguntas, un espacio que dialoga y se articula con la elaboración de agenda pública, una forma de de-construir los padecimientos actuales. La intervención se construye a partir de la demanda, pero está atravesada por el lugar que la profesión tiene en el imaginario social. Esta construcción es histórica y social. Pero es la percepción de la oferta la que construye la demanda. Es decir, la representación social del Trabajo Social está fuertemente constituida por lo que hace, por lo que ofrece a la sociedad.³¹

❖ **El Rol del Trabajo Social en el Área Salud y Epidemiología**

- 1- Promover, orientar, asesorar al hombre y a los grupos hacia el conocimiento de sus derechos al acceso a los servicios de salud, nutrición, educación, vivienda, trabajo, ocio, actividades recreativas, relaciones afectivas, seguridad social y participación política, respetando y fortaleciendo la identidad de los grupos humanos respecto del territorio al cual pertenezcan.
- 2- Contribuir, como actor social, a establecer relaciones de ayuda, ofreciendo estrategias organizativas, participativas, de cooperación, solidarias, tendientes a facilitar la expansión-concientización del potencial humano y de sus capacidades inherentes.
- 3- Aportar técnicas de interacción, integración, concertación y negociación entre actores, respetando y tomando como punto de partida la motivación y los intereses de sus protagonistas.

³¹ Carballada Alfredo. (2006) "El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención". Del orden del discurso al estallido de la sociedad". Buenos Aires. Editorial Espacio.

- 4- Articular relaciones adecuadas que contribuyan al crecimiento humano, la expansión de potencialidades creativas, la aplicación de tecnologías de producción de acuerdo con el contexto global.

- 5- Atender problemas individuales, grupales o comunitarios con un propósito de prevención y promoción y educación social.

- 6- Transformar la situación – problema, a través del accionar conjunto entre la persona en situación y el Trabajador Social y/o equipo inter, trans o multi disciplinario.³²

Cualquiera que sea la actividad o tarea específica dentro de este campo, el Trabajo Social en Salud pretende proporcionar a los individuos un cierto grado de autonomía en los problemas de salud, ya que no hay recuperación si la persona no hace algo para recuperarse y si el entorno no ayuda a ello.

³² Op. Cit. 22.

❖ Trabajo Social en Salud: VIH/SIDA Y TBC

El Rol del Trabajador Social en el ámbito de la Salud que interviene con las problemáticas de VIH/SIDA y TBC es netamente preventivo.

La intervención en lo social, en tanto comprender a la Salud como un proceso histórico – social, implica una mirada acerca de las articulaciones entre salud y derechos sociales, en términos de ciudadanía. El derecho a la salud como representación social se expresa en forma esporádica.

Desde el paradigma simbólico – interpretativo, la intervención se ubica dentro del enfoque interpretativo. La intervención no se inclina en la búsqueda de causas, sino de entender motivaciones, reconociendo el atravesamiento macro social de éstas. Desde esta perspectiva el Trabajador Social intenta acceder al mundo simbólico de la persona, tratando de interpretar situaciones y construcciones de códigos.

En su intervención, el Trabajador Social en el área de salud, brinda también la herramienta de generar espacios interdisciplinarios, aportando a estos el conocimiento de las realidades sociopolíticas de los individuos, que afectan directamente a su calidad de vida y a su equilibrio bio – psico - social, procurando un espacio de unión e intercambio entre las distintas disciplinas que se desempeñan en el abordaje de la Salud. (Medicina, Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría, etc.)

❖ **Problemáticas Epidemiológicas Relevantes Asistidas en el Servicio Social del INE**

◆ TUBERCULOSIS

Es una enfermedad infecciosa que se produce por un germen llamado bacilo de Koch, que se transmiten a través de la tos, y la expectoración.³³

Definir la Tuberculosis se debe referir a la historia del agente causal y esto ocurrió hace más de 118 años, cuando Koch descubrió en 1882 el bacilo causante de la tuberculosis, la misma es una enfermedad infecciosa crónica causada por microbacterias del "complejo de la tuberculosis" sobre todo *Mycobacterium tuberculosis* que, en general, afecta a los pulmones del ser humano.

En cambio la Tuberculosis Extrapulmonar se produce cuando el bacilo afecta a otros órganos del cuerpo humano, tales como pleura, ganglios linfáticos, huesos, articulaciones, aparato urogenital, sistema nervioso, intestinos, etc. Por lo general en estos casos no hay contagio directo resultándose difícil la transmisión de la enfermedad.

Para ambos casos los síntomas son: fiebre, decaimiento, falta de apetito, pérdida de peso, sudores nocturnos, tos, expectoración o flema amarillenta o con sangre, dolores torácicos.

El recurso diagnóstico fundamental, es la búsqueda mediante microscopio de bacilos de Koch en la flema expectorada, mediante la baciloscopia del esputo o en otros líquidos corporales. Con el hallazgo del germen causal, el diagnóstico de tuberculosis queda confirmado.

³³ Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Secretaria de la Salud. (1986) Tuberculosis: Formación para docentes y educadores sanitarios. Buenos Aires. Argentina.

Una persona con tuberculosis activa no tratada infecta una media de 10 a 15 personas al año. Sin embargo, no todos los sujetos infectados por el bacilo de la tuberculosis necesariamente desarrollan la enfermedad. El sistema inmunológico “empareda” los gérmenes que, aislados por una gruesa envoltura cética, pueden permanecer en estado latente durante años. El riesgo de enfermar aumenta cuando el sistema inmunológico de la persona está debilitado.

Se considera así mismo muy importante, efectuar la radiografía de tórax, la cual permite hallar si existieran lesiones pequeñas, que de otro modo no serían diagnosticadas.

La reacción de Mantoux con el PPD (Derivado Proteico Purificado del Bacilo de Koch) al ser positiva informa sobre la existencia de la infección tuberculosa. La misma puede ser por bacilos virulentos o por bacilos de la vacuna BCG.³⁴

Cuanto antes se efectúe el diagnóstico y se inicie el tratamiento médico específico, la Tuberculosis, al igual que otras enfermedades, es curable. Por lo tanto es de suma importancia la consulta médica tan pronto como haya algunos de los síntomas de la misma.

El Programa de Control de Tuberculosis es un Programa del Ministerio de Salud, atiende gratuitamente y da protección integral a la persona, a la familia y a la comunidad de los riesgos de enfermar y morir de tuberculosis.

El Rol del Servicio Social en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis tiene como meta fundamental conocer las circunstancias que conducen a que la población enferme de Tuberculosis; centrándose en los distintos niveles de prevención y promoción de la misma. Se considera como fundamental elaborar proyectos con el fin de elevar el nivel de satisfacción de las necesidades básicas, mejorando la calidad de vida de la población en general. La atención primaria de la

³⁴ Op. Cit. 18.

salud se considera como el eje central de la intervención, desarrollando medicina preventiva y educación sanitaria, orientando e informando a la persona y a su red social acerca del problema de salud.

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis establece que tanto su diagnóstico como tratamiento son gratuitos en toda la República Argentina. Actualmente se dispone de medicamentos gratuitos muy eficientes para el tratamiento, los comúnmente utilizados son: isonicida, rifampicina, pirazimida, estreptomina y etambutol.

El tratamiento tiene una duración de seis meses como mínimo y consta de dos etapas. Durante la primera que dura dos meses la persona recibirá, medicación en comprimidos e inyectables todos los días. Durante la segunda etapa recibirá medicamentos dos veces por semana durante el período que variará de acuerdo a su evolución y diagnóstico.

Para que sea efectivo el tratamiento debe prolongarse de seis a nueve meses, dependiendo del tipo de tratamiento que se recomiende en cada caso en particular. Hay dos tipos de Tratamiento: por un lado el *Tratamiento Supervisado* que significa que debe tomar la medicación en el Centro al cuál fue derivado y por el otro lado el *Tratamiento Autoadministrado*, el cual es recomendado en situaciones especiales para personas que no tengan acceso a un centro de salud próximo o por causas excepcionales evaluadas de manera conjunta por el médico y por el Trabajador Social, en general.

El tratamiento por lo habitual es ambulatorio, y la persona infectada con el bacilo puede convivir en forma normal con su núcleo familiar conviviente³⁵, aunque cabe destacarse que los miembros deben efectuarse los controles correspondientes.

Esto se denomina Control de Contactos³⁶ mediante el cual se efectúa el estudio PPD y radiografía de tórax y con posterioridad se evaluara en cada caso el tratamiento a seguir pero por lo general se recomienda incorporar la medicación de quimio protección.

Como ya se mencionó la Tuberculosis es una enfermedad infecto – contagiosa curable, pero siempre y cuando las personas adhieran al tratamiento, permitiendo cortar con la cadena epidemiológica y disminuir los focos infecciosos, sin embargo “...Cuando los enfermos comienzan a sentirse bien con el tratamiento creyéndose *curados* suelen dejar de tomar los medicamentos, y así se ponen en riesgo a sí mismos y a los demás, ya que una persona que no completa el tratamiento puede agravarse y morir por tuberculosis y además seguir contagiando a través de sus expectoraciones...”³⁷ Ya que con reiterados abandonos de la medicación el Bacilo se convierte en multi resistente a la misma

❖ **Intervención del Servicio Social del INE para el Programa de Tuberculosis**

El Servicio Social participa en el Programa de Control de la Tuberculosis a través distintas actividades:

1.- **Entrevista Inicial:**

El médico tratante deriva a la persona al Servicio Social en el día en que éste inicia el tratamiento. Acompañando en la historia clínica, las indicaciones médicas para la persona y/o enfermera, una receta para el retiro de la medicación y si fuera necesario un certificado con la justificación médica para licencia laboral.

○ **Objetivo de la entrevista:**

³⁶ Contactos: se refiere a aquellas personas que han estado expuestas al contagio de otra persona con diagnóstico de tuberculosis por más de cuatro horas diarias, se incluyen a miembros del núcleo familiar conviviente como así también compañeros del trabajo, u otra institución al que asista con la frecuencia anteriormente especificada

³⁷ Arias Sergio. (2009) Coordinador del Programa Nacional contra la Tuberculosis.

- Efectuar educación sanitaria a la persona, familiares y/o acompañantes.

La información se realiza con material impreso y se entrega folleto explicativo sobre la enfermedad y su tratamiento.

- Confeccionar la Encuesta Social y de la Encuesta de Contactos, ambas se archivan en la historia clínica.

- Citar a los contactos convivientes y no convivientes que fuera necesario estudiar. Se entrega la respectiva citación.

- Derivar a la Sala Periférica que le corresponda en los casos en que se realice tratamiento Supervisado. Se entrega planilla de registro de asistencia. En los casos en que se realice tratamiento Autoadministrado identificar y registrar al familiar o persona responsable.

- Evaluar si se considera necesario iniciar Subsidio Ayuda al Paciente Tuberculoso - Ley 10.436.

- Efectuar Seguimiento social e intervenir en el seguimiento integral de la salud de la persona diagnosticada y su grupo familiar.

2.- **Estudio de contactos:**

Se realizará a los contactos convivientes y/o no convivientes con una relación continua o muy frecuente que haga presuponer la posibilidad de contagio.

El estudio consiste en la realización de PPD, radiografía de tórax, baciloscopía y/o toque laríngeo. Se completará el formulario denominado Catastro de Contactos Convivientes, registrándose los resultados en el mismo. Se realiza los días lunes, martes o viernes de 8 a 12 horas en el Servicio Social.

Si el estudio fuera normal y el caso índice tuviera baciloscopía positiva al directo o al cultivo se iniciará quimiopprofilaxis / quimioprotección según detalle posterior.

Se efectúa citación para segundo control a los tres meses del primero.

Si la PPD del primer control fuera mayor a 10 mm no se repetirá en el segundo, efectuándose solamente radiografía y bacteriología.

3.- **Quimioprotección:**

* Se efectúa a todos los convivientes de los casos con baciloscopía positiva al directo y/o al cultivo y a los no convivientes en situación de riesgo.

* A los consultantes con Hiperergia tuberculínica, según indicación médica.

* A los contactos con Hiperergia tuberculínica, según indicación médica.

La droga que se utiliza es INH a razón de 5 mg. por kilogramo de peso por día.

La entrega de la medicación se detalla en un registro alfabético donde constará el retiro mensual y la dosis indicada. Se entregará copia de la conformidad al tratamiento propuesto que firma el contacto. Se completará el formulario de entrega de quimioprofilaxis que se archivará en Farmacia contra entrega de la medicación.

4.- **Tratamiento social:**

En los casos en que se diagnostiquen problemas sociales agregados a la patología, que pudieran interferir o no con el cumplimiento del tratamiento, se trabajará con la persona y/o la familia incluyendo entrevistas en el Servicio Social, en el domicilio, y distintas áreas interinstitucionales de la ciudad, administrando los recursos existentes.

De acuerdo al diagnóstico médico y socio-económico se gestionará el Subsidio de Ayuda al Paciente Tuberculoso - Ley N° 10.436. Se completarán los formularios.

Mensualmente se confeccionará y se remitirá a la Zona Sanitaria VIII el certificado de cumplimiento, que incluye la condición social del paciente y grupo familiar.

5.- Visitas domiciliarias:

Citaciones a las personas inasistentes al tratamiento:

- Informados por el Servicio de Estadística. Quien notifica cada 15 días aproximadamente, por listado, quienes debieron retirar su medicación al mes de la última consulta y no concurrieron. Estos serán citados en el domicilio donde se entrevistará a la persona y/o al familiar:

⇒ Se reiterarán aspectos educativos.

⇒ Se constatará el estudio de los convivientes, que de no haber concurrido, serán citados.

⇒ Se entregará citación escrita, con reserva de turno para la consulta médica.

Si no concurre se efectuará una nueva citación a través del Servicio Social de la Sala Periférica más cercana, o por correo, con aviso de retorno.

Si no concurre, se citará nuevamente, esta vez por correo, con aviso de retorno.

De no presentarse ante las tres citaciones reiteradas, y habiendo transcurrido un mes o más sin toma de la medicación, se considerará abandono de tratamiento.

Se analizará y actuará especialmente en los casos en que al abandono del tratamiento, la baciloscopía continúe positiva; los cuadros graves que impliquen riesgo de vida y aquellos en que haya menores de edad en riesgo de enfermarse, se solicitará la intervención al Juzgado de Menores.

Las Hiperergias se derivan al consultorio para consulta médica. El médico define la apertura o no de Historias Clínicas y deriva al Servicio Social para efectuar el estudio de contactos a los convivientes de casos diagnosticados.

Desde el Centro de Salud barrial se informa sobre las irregularidades que se produzcan, en estos casos se realizará la respectiva visita domiciliaria para conocer las dificultades que interfieren en el cumplimiento y actuar en esos aspectos. Simultáneamente se reserva nuevo turno y se entrega citación en el domicilio.

El médico tratante comunica al Servicio Social cuando la persona no concurre a la consulta.

○ **Citación a contactos:**

- * Que no concurrieron a realizar el estudio por el que fueron citados.
- * Que no completaron el estudio solicitado.
- * Que por Hiperergia o radiografía patológica requieren consulta médica.

En estos casos se reserva turno y se entrega citación.

♦VIH /SIDA

El VIH/SIDA constituye una pandemia que prácticamente afecta, aunque en un modo irregular, a todos los países del mundo. "... en Argentina ha evolucionado en forma disímil desde que se registra el primer caso en el año 1982, alcanzándose al 15 de setiembre de 2004 un total de 26.832 casos notificados en el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS..."³⁸ "...registrándose hasta el 31 de diciembre de 2005 75.009 casos de VIH Sida..."³⁹ "...en relación con la cantidad de personas infectadas se estima que ascienden a 120.000..."⁴⁰ "... En el año 2008 se diagnosticaron y registraron 4.067 casos de VIH y 1.403 casos de SIDA..." en la Argentina.

El agente infeccioso es el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) que afecta las células del sistema inmune, produciendo inmunodepresión.

³⁸ Op. Cit.6.

³⁹ Op. Cit 7.

⁴⁰ Op. Cit. 38.

S.I.D.A significa Síndrome (Conjunto de signos y síntomas característicos de una enfermedad) de Inmunodeficiencia (debilitamiento del sistema inmunológico del organismo) Adquirida (Aparece en el curso de la vida, es decir que no es congénita ni hereditaria.)

No es lo mismo VIH que SIDA. Una persona puede ser portadoras del virus VIH pero aún no haber contraído la enfermedad del SIDA. Se llama portador a la persona que, tras adquirir la infección del VIH, no manifiesta síntomas de ninguna clase. Se llama persona enferma de SIDA, al que padece algún proceso infeccioso, tumoral etc. con una precariedad inmunológica importante. Tanto la persona portadora como la persona enferma de SIDA se denominan seropositivos porque tienen anticuerpos contra el virus que pueden reconocerse en la sangre con una prueba de laboratorio.

La consecuencia más importante de la infección, es una inmunodeficiencia adquirida severa que lleva a enfermedades marcadoras y oportunistas.⁴¹

En líneas generales, desde que una persona se infecta con el VIH hasta que desarrolla la enfermedad del SIDA, existe un período asintomático que suele durar hasta unos diez años. Durante este tiempo el sistema inmune sufre una destrucción progresiva hasta que llega un momento crítico en el que la persona tiene un alto riesgo de padecer infecciones y tumores.

Un resultado positivo no significa que la persona haya desarrollado la enfermedad, sino que es portadora del virus y lo puede transmitir; dicha persona ha de tomar las precauciones necesarias para disminuir el riesgo de evolución hacia el SIDA y para evitar exponer a otras personas al virus.

Los estudios epidemiológicos realizados en el mundo han demostrado que el VIH se transmite de tres maneras:

- 1- Por contacto sexual (incluye donación de semen.)

⁴¹ Op. Cit. 8.

- 2- Por la sangre: transfusión, contacto con agujas y jeringas contaminadas con sangre infectada, trasplante de órganos y tejidos.
- 3- De madre infectada a hijo. ⁴² La infección se puede transmitir materno- fetal (durante el embarazo) Materno-infantil (durante el parto) y Madre- hijo (durante la lactancia)⁴³

Actualmente, el VIH-SIDA, gracias a los avances farmacéuticos y científicos, ha dejado de ser una enfermedad mortal para convertirse en un proceso crónico.

Unas de las pautas de comportamiento frente al diagnóstico, que puede ocasionar una mayor preocupación y cansancio, son la gran cantidad de medicación que hay que tomar. Y los frecuentes cambios de esquemas.

El objetivo de la medicación antirretroviral es el impedir que el virus se multiplique; pero cabe reconocer que este tratamiento es complicado y exigente, porque requiere tomar, a veces, más de una docena de pastillas, seguir regímenes alimentarios y cumplir estrictamente horarios. No obstante ha demostrado tener una gran eficacia en relación al retraso de la progresión del virus un aumento en la supervivencia y la disminución del número de hospitalizaciones.⁴⁴

❖ **Intervención del Servicio Social en el INE para el Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.**

El rol del Departamento de Servicio Social del INE en cuanto al *Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus del Humano, SIDA Y ETS* es netamente de

⁴² Demonte Juan A y Colaboradores. (1989) "SIDA: Recomendaciones para prevenir la infección." Departamento de Promoción y Protección de la Salud. Dirección de Organización y, coordinación de Servicios. Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud Pública.

⁴³ Red de Personas Conviviendo con VIH/SIDA. (2006) Notas Curso de Capacitación Integral en la Atención a personas conviviendo con VIH/SIDA. Universidad Nacional de Mar del Plata.

⁴⁴ Red de Personas Conviviendo con VIH/Sida de Mar del Plata. Folleto: "Ayúdanos a luchar contra el miedo, la vergüenza, la ignorancia y la injusticia en todo el mundo." Mar del Plata.

prevención, siendo el elemento esencial en su intervención (en los tres niveles: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria) al igual que con el anterior programa planteado. Previniendo se mejorara el nivel de vida de las personas y de la sociedad en general; intentando disminuir el número de personas infectadas por el VIH, y otorgando información precisa y adecuada también se intenta reducir el nivel de marginación y mejorar la atención de la persona infectada y/o enferma de VIH/SIDA. La prevención está dirigida a toda la población, en especial a jóvenes en edad adulta, con la persona infectada y/o enferma de VIH/SIDA, amigos, parejas sexuales, familiares y compañeros de trabajo (en caso de que conozcan la problemática). Se considera como fundamental también, elaborar proyectos con el fin de elevar el nivel de satisfacción de las necesidades básicas, mejorando la calidad de vida de la población en general; aquí se enfatiza la organización y puesta en marcha de Grupos de Autoayuda para infectados o el acercamiento de los mismos, si ya existiesen, con el objetivo de disminuir el nivel de ansiedad y angustia que genera estar infectado de VIH o estar enfermo de SIDA.⁴⁵

La persona luego de conocer su diagnóstico, es acompañada al Servicio Social por el médico o psicólogo, cuando se le informa sus resultados positivos, para Blenorragia, Sífilis o SIDA, en ese momento se le entrevista en forma individual y privada.

- **Objetivos de la entrevista:**

- * Iniciar un Diagnóstico Social provisorio, el cual indicará las actividades e intervenciones posteriores convenientes y/o necesarias.
- * Empezar tareas preventivas con la persona, grupo familiar y/o convivientes, contactos en riesgo, etc.
- * Detectar factores que puedan influir negativamente en el desarrollo de la infección y/o enfermedad para intervenir oportunamente.

⁴⁵ Servicio Social del Instituto Nacional de Epidemiología. (2006) Boletín Epidemiología y Trabajo Social.

* Efectuar derivaciones en casos sociales que requieran un trabajo inter-institucional (Programa de Rehabilitación de droga-dependientes, Fundación Un Lugar, Acción Social Municipal, H.I.G.A., H.I.E.M.I., etc.).

* Informar a la persona acerca de: medidas preventivas, formas de contagio, diferencias entre ser portador/ enfermo, calidad de vida, uso de drogas, sintomatología, etc.

Se completará la Encuesta Social y de Contactos que se archivará en la Historia Clínica (ver anexos). Los rubros 19 y 20 no se completarán hasta pasados 6 meses, dado que se trata de registrar no una conducta reactiva, sino medianamente estable en relación a la situación de infectado.

❖ **Seguimiento Social de la persona con diagnóstico positivo para VIH**

- Objetivos:

* Continuar con la tarea de prevención con la persona, contactos en riesgo, grupo familiar y/o convivientes.

* Ofrecer una contención adecuada, para que la persona y su grupo social logren una adecuada calidad de vida que les permita mantener óptimamente su estado de salud.

* Prevenir nuevos casos de infección y/o enfermedad en la población en general, apoyando y educando a la persona portadora y/o enferma por el VIH/SIDA.

De acuerdo a la socialterapia indicada, se realizará el seguimiento de la persona que puede incluir entrevistas en el Servicio Social, en el domicilio, o a través de distintas intervenciones con instituciones de la comunidad.

Se administrarán los recursos institucionales necesarios y/o oportunos de acuerdo a lo diagnosticado. Por ejemplo:

* Gestión de Subsidio de ayuda al paciente VIH con TBC.

* Orientación para gestión de pensión graciable.

- **Trabajo domiciliario:**

Objetivos:

- Completar con el seguimiento social, una atención integral de la persona portadora y/o enferma en su domicilio.
- Rectificar y constatar datos a priori, obtenidos en entrevistas en la institución.
- Seguimiento de problemática de salud (procesos destructivos)

☞ **Actividades VIH/SIDA**

- * Colaborar con el informe de resultados VIH positivo citando a quienes se hayan efectuado el análisis y no lo hayan retirado, luego de transcurridos 30 días de la confirmación.
- * Ubicar a la persona que se haya efectuado análisis para detectar el VIH y se solicite nueva muestra por el laboratorio.
- * Transcurridos 6 meses sin efectuarse control médico ubicar a la persona portadora y/o enferma para continuar con su atención. Dicha citación será solicitada por personal de Estadística del Programa.
 - * Cumplimentar atención social en el domicilio o médica en la institución (estudios médicos y/o sociales inconclusos).

*

❖ **Mirada Crítica desde el Trabajo Social al Modelo Médico Hegemónico y a la concepción de “Paciente”**

Todas las instituciones poseen un juego de fuerzas en tensión constante. Por un lado lo *instituido* que estará dado por lo establecido, lo determinado y representa una fuerza que tiende a perpetuarse de un modo determinado, conservador, resignado, en contra de todo cambio. Y por el otro lado lo *instituyente* que será aquella

fuerza que oponiéndose a lo instituido, será portadora de la innovación, el cambio y la renovación.⁴⁶

El Modelo Médico Hegemónico que rige a las instituciones de Salud se caracteriza por ser biologista, individualista, ahistórico, mercantilista, asimétrico, pragmático, con autoritarismo eficaz, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico. (Méndez, 1988) Prevalciendo una visión del “paciente” como objeto pasivo con participación subordinada.

El objetivo “... no es atacar tanto a tal o cual institución de poder, grupo, élite, clase, sino más bien a una técnica, a una forma de poder (...) que emerge en nuestra vida cotidiana, categoriza al individuo, lo marca por su propia individualidad, lo une a su propia identidad, le impone una ley de verdad que él tiene que reconocer y otros deben reconocer en él. En suma, es una forma de poder que construye sujetos individuales.” (Michel Foucault, 1999)

Por lo tanto, en esta Sistematización se propone una visión instituyente de lo instituido, considerando al paciente como una persona, un individuo humano y no como un cuerpo en deterioro sino como un sujeto activo y “... Un ser humano único, irrepetible, llamado a la libertad, llamado a responder de sí mismo y ante sí mismo por medio de su conciencia, llamado a descubrir el significado o sentido y llamado a realizar los valores, en las situaciones concretas de su historia, motivado básicamente por la voluntad que busca el sentido, que le relaciona con los demás seres humanos; llamado a afrontar su radical finitud expresada en la triada trágica: sufrimiento- dolor, culpa y muerte...” (Pareja Guillermo. 1979).⁴⁷

⁴⁶ Schvarstein Leonardo. (1992) “Psicología de las Organizaciones.” Buenos Aires. Editorial Paños.

⁴⁷ Pareja Guillermo (1979) “Comunicación y Resistencia. Visión del Ser Humano.” Antropología Existencial. México. Editora Premiá.

El hombre, el ser humano, no es un ser constituido de una vez y para siempre, él permanentemente está cambiando su propia condición, esto gracias a las condiciones que él encuentra y en las cuales se da como humano lo que implica que "...la condición humana consiste en que el hombre sea un ser condicionado, para que todo lo dado o hecho por él se convierte en una condición de su propia existencia..." (Arendtl Hanna. 2003)⁴⁸

El Trabajo Social en el Campo de la Salud tiene como función fundamental ser garante del Derecho a la Salud, construyendo transformaciones sociales que den lugar a una Ciudadanía Emancipada; transformando las desigualdades sociales de los servicios de salud, en igualdad de oportunidades.

Conociendo el valor de la Salud, el Trabajador Social desarrolla su acción en prevención y promoción, conformando los equipos de salud interviniendo de manera interdisciplinaria, multidisciplinaria y transdisciplinar.

"...Los profesionales del Trabajo Social tenemos el compromiso y la responsabilidad de desarrollar nuestra práctica profesional sustentada en un análisis crítico de la realidad social en la cual intervenimos, en la comprensión de la vida cotidiana de los sectores populares y promoviendo la participación activa de estos sectores en el desafío de construir una sociedad democrática. Contribuyendo desde nuestra intervención a la consolidación de una ciudadanía activa, a través de estrategias de acción viables asentadas en los valores fundamentales del ser humano como sujeto histórico, social y político..."⁴⁹

⁴⁸ Arendtl Hanna. (2003). "La Condición Humana." Buenos Aires. Editorial Paidós.

⁴⁹ Alayón Norberto. (1980) "Historia del Trabajo Social en la Argentina". Lima, Perú. Editorial CELATS.

❖ Poblaciones Vulnerables en Riesgo

Se consideran así, a las poblaciones que son frecuentemente víctimas de actitudes de discriminación⁵⁰, estigmatización⁵¹, marginación⁵², rechazo y violencia hacia ellas.

Como es el caso de las representaciones sociales⁵³ de las personas enfermas de TBC pulmonar o SIDA como así también las personas infectadas con VIH, y las personas que pertenecen a determinados grupos étnicos (Inmigración Boliviana) o sexuales (Identidad de Género Trans Femenino); ya que con una actitud “etnocentrista se los ve como “el otro” o “los otros”, un extraño no ya un diferente o un divergente sino un adverso, no un igual u otra expresión de la misma humanidad, y es esta exageración de la dialéctica del “prójimo y el extraño” la que ha causado y sigue causando los mayores errores y horrores de la historia del hombre”.⁵⁴

❖ Transexualidad

Existen distintas definiciones del término, muchos de las cuales se oponen entre sí, dependiendo de su posicionamiento ideológico.

⁵⁰ Se entiende por **Discriminación** a cualquier actitud de diferenciar o distinguir en base de prejuicios por pertenecer a una categoría social determinada, sea esta raza, edad, religión, orientación sexual o identidad de género, condición socio económica, etc.

⁵¹ La **Estigmatización** se refiere a los comportamientos en los que se incluye a una persona o grupo a una categoría social. Hacia estos miembros se generan actitudes negativas de rechazo considerados como inferiores o como culturalmente inaceptables.

⁵² Se denomina **Marginación** a una situación social de desventaja económica, profesional, política o de estatus social, producida por la dificultad que una persona o grupo tiene para integrarse a algunos de los sistemas de funcionamiento social. La marginación puede ser el efecto de prácticas explícitas de discriminación.

⁵³ Moscovici define a las Representaciones Sociales como una noción que antes que nada concierne a la manera en que nosotros, sujetos sociales, aprendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro ambiente, las informaciones que en él circulan, identificamos a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. Son sistemas cognitivos con una lógica y un lenguaje propio. No representan simplemente opiniones acerca de "imágenes de", "actitudes hacia", sino que representaban "teorías o ramas del conocimiento". Como sistemas sociales de valores, ideas y prácticas, cumplen dos funciones: orden y comunicación. (Moscovici Sergei (1993) "Psicología Social. Tomo III. Pensamiento y Vida Social y Psicología Social y Problemas Sociales." Barcelona. España. Editorial Paidós.

⁵⁴ Magrassi Guillermo; Maya María; Frigerio Alejandro. (1986) "Cultura y Civilización desde Sudamérica" Etnocentrismo y Relativismo Cultural. Buenos Aires. Editorial Búsqueda.

La Transexualidad no es un fenómeno actual, existe desde muy antigua data. Sin embargo el análisis y tratamiento de esta temática es mucho más reciente.

Según Antonio Becerra Fernández la Transexualidad es una condición en la cual una persona con una diferenciación somática sexual aparentemente normal, está convencida de que en realidad es un miembro del sexo⁵⁵ opuesto. Se asocia con una urgencia irresistible de adaptarse hormonal y quirúrgicamente a dicho sexo. La Transexualidad no se puede explicar por variaciones en el patrón cromosómico, o por anomalías gónadales, genitales u hormonales. No existen indicios de que existan factores genéticos que ejerzan un papel en el desarrollo de esta condición. No existe agrupamiento familiar. Si bien este trastorno de conducta se ha relacionado de forma tradicional con fenómenos psicológicos, existen algunos datos que sugieren una base biológica debido a la alteración, podría considerarse que la Transexualidad es un trastorno sexual, aceptando el concepto de que la diferenciación sexual del cerebro no coincide con las otras variables del sexo como patrón cromosómico, la naturaleza de la gónadas y los genitales externos e internos.⁵⁶

Coincidiendo con este autor el Transexual no es un "Travesti"⁵⁷ es Transgénero; no se disfraza del sexo contrario, se siente pertenecer al sexo contrario. Desde la infancia su identidad mental es distinta a su identidad genital. Son mujeres que se sienten *atrapadas* en cuerpos de hombre, y hombres que se sienten *atrapados* en el cuerpo de mujer. Por eso buscan adaptar su cuerpo al sexo que ellos sienten pertenecer. Tienen la convicción de pertenecer al sexo opuesto al que nacieron, con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales primarios y

⁵⁵ El término **Sexo** en el ámbito coloquial suele hacer referencia a las características anatómicas y fisiológicas del individuo (genitales externos y caracteres sexuales secundarios) aunque el concepto es mucho más amplio al proceso de diferenciación sexual (sexo cromosómico, gonadal etc.) en cambio, el término género alude a la identificación psicológica de la persona con ser hombre o mujer. (Gómez Gil Ester; Esteva de Antonio Isabel. (2006) "Ser Transexual." Editorial Glosa.)

⁵⁶ Becerra Fernández Antonio. (2003) "Transexualidad. La búsqueda de una identidad." Madrid. Editorial Díaz de Santos.

⁵⁷ Persona que usa trajes y adornos del sexo opuesto, a veces con ayuda de hormonas. La intención puede ser por excitación sexual o deseo de pertenecer públicamente al género opuesto. (Benítez Elsa y Ghersi Carlos. (1998) Boletín de Jurisprudencia Argentina.)

secundarios, con un profundo sentido de rechazo y un deseo manifiesto de cambiarlos médica y quirúrgicamente. Necesitan ser aceptados social y legalmente en el género elegido.

La **Identidad de género** (también denominada identidad sexual) es la percepción propia, única y persistente de la individualidad masculina o femenina. La conducta o comportamiento de los individuos es diferente según el sexo. En el rol sexual por rol de género en la conducta es una expresión externa que el individuo muestra y que lo identifica ante la sociedad como varón o mujer.⁵⁸

En cambio la orientación sexual es la atracción y excitación erótica que presenta el individuo por hombre o por mujer. Puede ser heterosexual (atracción por sexo opuesto) homosexual (atracción por mismo sexo) bisexual (atracción por ambos sexos) y asexual (sin atracción sexual alguno)⁵⁹

❖ **Inmigración**

Es el término que designa los cambios de residencia más o menos permanentes, por lo común, debido a factores económicos, laborales, sociológicos o políticos. Debe distinguirse la emigración de la inmigración. La emigración mira el fenómeno desde el país que abandona el emigrante para establecerse en otro diferente, y la inmigración lo contempla desde la perspectiva del país de acogida.⁶⁰

La inmigración es una variable demográfica de fundamental importancia si se pretende analizar los procesos de construcción de un determinado espacio geográfico.

La República Argentina se ha constituido social y culturalmente a partir de la llegada de las inmigraciones proveniente de distintos lugares del mundo en distintos momentos históricos.

⁵⁸ Becker Judith. (1996) "Trastornos Sexuales." Barcelona. Editorial Ancora.

⁵⁹ Gómez Gil Ester; Esteva de Antonio Isabel. (2006) "Ser Transexual." Editorial Glosa.

⁶⁰ www.iae.esc.edu.ar/.../inmigrantes/Inmigra.htm

Desde 1850 a 1930 aproximadamente, el territorio argentino se pobló con la gran inmigración transoceánica. Después de una considerable disminución, en 1950, comienza a tomar gran significación la llegada de inmigración cuyo lugar de origen son los países limítrofes. Si bien las migraciones provenientes de países limítrofes se encuentran registradas desde el primer Censo Nacional, es a partir de la década del '50 que toman mayor relevancia estas migraciones frente a otras.

Tanto bolivianos, paraguayos, chilenos, como uruguayos migran por la oferta laboral que encuentran en la Argentina.⁶¹

❖ **La inmigración Boliviana**

Durante la década del '40 y del '50, pequeños grupos migraron por etapas. En la década del '60 estas migraciones se hicieron frecuentes y ya en los '70 se hicieron más numerosas. Desde fines de la década del '70 se produjo en Argentina un importante cambio en cuanto a sus movimientos migratorios. Es en este momento cuando se incrementa la llegada de grupos latinoamericanos a la Argentina, produciéndose un cambio profundo en la composición étnica del mismo. Entre estos, se encontraban principalmente los inmigrantes bolivianos quienes fueron desarrollando distintas Estrategias Familiares de Vida⁶² para adaptarse al país receptor.

En los años '80, Bolivia dejó de ser un país predominante rural y este fenómeno se dio a la par del surgimiento de núcleos urbanos importantes en las tierras bajas.

Los datos del Censo de 2001 muestran que existe una elevada correlación entre el desarrollo humano, la migración y la localización geográfica. Las zonas expulsoras de población tienden a ubicarse en las tierras altas de Bolivia y presentan

⁶¹ Demarchi, Mariela. (2006) Tesis doctoral: "Conformación de las redes sociales entre los migrantes bolivianos en las localidades de Recreo y Monte Vera, Provincia de Santa Fe."

⁶² Tomando a Susana Torrado se definen como el conjunto de comportamientos a través de los cuales las unidades familiares o domésticas tratan de optimizar sus condiciones de vida, dadas ciertas determinaciones estructurales y coyunturales. (Torrado Susana (1982) "Enfoque de las estrategias de vida en América Latina." Editorial CEUR.)

niveles de desarrollo humano inferiores que el promedio del país. Al contrario, las zonas de recepción de inmigrantes tienden a ubicarse en las tierras bajas del país con mayores niveles de desarrollo humano. Hablar de pobreza, exclusión y desigualdad que empujan a una continua migración en busca de mejores oportunidades en un país cuya sociedad debería tener grandes asentadas y los grandes sacrificios históricos que ha realizado para mantener el sistema democrático.

“...La inmigración Boliviana hacia la Argentina comenzó a adquirir importancia con el auge y la expansión de las economías regionales (aproximadamente durante la década de 1930) y la demanda creciente de mano de obra para tareas de cosecha...”⁶³ A partir de 1950, se amplía numéricamente la llegada de población boliviana al país.

A partir de 1980 se producen cambios en las distintas economías regionales del país “...el mediero boliviano resultó la mano de obra preferida en las quintas de verduras de los cinturones verdes de las grandes ciudades (córdoba, Rosario, Mar del Plata, Bahía Blanca, Santa Fe) y en el sector de la construcción.”⁶⁴

Siendo uno de los lugares escogidos, el Partido de Gral. Pueyrredón ofrece en su zona rural tareas para mano de obra no calificada donde se encuentra un cinturón fruti hortícola, la fabricación de ladrillos tradicionales y también otras actividades rurales como la ganadería o agricultura. La sustentabilidad productiva que se da en el espacio regional de la ciudad de Mar del Plata es a través de la agricultura intensiva. El espacio temporal de la década del '50 fueron los italianos, españoles y argentinos, hoy se destaca la presencia de grupos andinos, productores con tierra o sin tierra de nacionalidad boliviana. Si bien resulta, a primera vista redundante, la presencia de la comunidad boliviana en el partido de General Pueyrredón responde a la lógica general del país. Los antecedentes masivos se van a dar en un contexto de crecimiento del

⁶³ Benencia Roberto (2005) “Migración limítrofe y mercado de trabajo rural en la Argentina. Estrategias familiares bolivianas en la conformación de comunidades transnacionales.”

⁶⁴ Op. Cit. 63.

partido y fundamentalmente de la ciudad cabecera, Mar del Plata. Inclusive profundizando aún más y continuando con los paralelismos con los procesos nacionales, esta migración se va a insertar en un momento en donde se estaba produciendo cierta movilidad social de la población inmigrante de principios de siglo XX, que dejó las áreas rurales y se trasladó a la ciudad. “El desarrollo de las actividades de horticultura, no resulta una causa fortuita, sino que en la mayoría de los casos tiene ventajas comparativas con respecto a otras comunidades inmigrantes, incluso con la población local, que es predominantemente urbana, ya que la gran parte de los trabajadores bolivianos presentes en la zona, realizan la actividad desde temprana edad.” (Berardi, Ana Laura. 2003)⁶⁵

Las familias bolivianas provienen principalmente de las ciudades de Tarija, Oruro y Potosí que se desempeñan en actividades de horticultura y minería. Con esta diversidad étnica se puede interpretar el significado social, económico y cultural de esta actividad del sector primario.⁶⁶ En la zona rural donde se ubican es en Sierra de Los Padres, en La Peregrina y en San Carlos.

“Sierras de los Padres presenta un microclima especial, mezcla de serrano con marítimo. Es un cinturón hortícola importante con varios centenares de explotaciones de tamaño pequeño a mediano. En la misma trabaja cada vez más numerosa población de Bolivia”, (Shinder, Eduardo. 2002)⁶⁷ mayormente en tareas rurales relacionadas con mano de obra intensiva como la horticultura, fruticultura y tareas poco calificadas en la fabricación de ladrillos tradicionales.

⁶⁵ Berardi Ana Laura. (2005) “Migraciones Bolivianas en el Partido de General Pueyrredón. Estrategias de Trabajo, de Vida y de Supervivencia.” Grupo de Estudios regionales. Universidad Nacional de Mar del Plata.

⁶⁶ Op. Cit 64.

⁶⁷ Schinder Eduardo; Carrasco Néstor. (2002) “Cambios Alimentarios de inmigrantes Quechuas- Aymaras en la Argentina. Estudio semicuantitativo en poblaciones de la zona de Sierras de los Padres.” Provincia de Buenos Aires.

CONTEXTUALIZACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE LA PRÁCTICA

☞ Contacto inicial con la institución:

El primer acercamiento con el Instituto Nacional de Epidemiología se efectuó en el mes de Febrero del 2007. El motivo del mismo fue llevar a cabo una entrevista con la Licenciada Mónica Molina la jefa del Servicio Social.

En un primer momento se planteó como objetivo conocer aspectos ligados al funcionamiento de la institución, los objetivos, las problemáticas y las características esenciales del tipo de población que se atiende enfocando estos aspectos principalmente al Departamento de Servicio Social de la misma. Por parte de la Licenciada se solicitó que expusiera mi interés y motivación de efectuar la práctica pre profesional en dicha institución como así mismo mi acercamiento y experiencia al campo salud.

A partir de esto se presentó una carta a la cátedra Supervisión del Servicio Social solicitando efectuar la práctica pre profesional en dicha institución.

Una vez resueltas las formalidades institucionales en el mes de Junio de 2007 me inserte en la institución siendo el cese del mismo en el mes de Noviembre del corriente año.

☞ Reglamento interno del pasante Lic. en Servicio Social del INE

➤ El alumno/a pasante transitará su pasantía en el Servicio Social acompañado por los profesionales y personal auxiliar del Servicio Social durante el tiempo dispuesto por la Cátedra Supervisión. En los primeros tres meses todas las tareas relacionadas con la asistencia a pacientes deberán llevarse a cabo en estas circunstancias, luego

podrán hacerlo solos, con la supervisión posterior de los profesionales del Servicio Social y el asesoramiento de auxiliares.

➤ El alumno/a se comprometerá a cumplir con el tiempo estipulado con la cátedra y el Servicio Social, la pasantía no podrá ser interrumpida bajo ningún motivo, ni por razones laborales, personales o institucionales. Si existieran excepciones deberán ser acordadas antes de comenzar la pasantía.

➤ El alumno/a será supervisado en forma programada preferentemente por la Lic. Batista Celina en las tareas relacionadas con el Programa de Tuberculosis y Medio Ambiente, y por la Lic. Molina Mónica en las tareas relacionadas con el Programa ETS y SIDA y Violencia contra la Integridad Física (Violencia Sexual).

➤ Las problemáticas de casos asistidos y otras propias del trabajo cotidiano serán abordadas en reunión del Servicio Social, los días miércoles. En este espacio se trabajara y se reflexionara acerca de lo efectuado en la semana, también novedades y la inserción del alumno en la el Servicio: fortalezas y debilidades.

➤ La Cátedra Supervisión, y otras cátedras de la Facultad de Servicio Social otorgarán el material teórico, sobre todo con respecto a Metodología del Trabajo Social, y el Servicio Social del INE aportará material teórico de las problemáticas abordadas desde el INE: Epidemiología, ETS, VIH/SIDA, tuberculosis, Delitos contra la Integridad Física, Medio Ambiente, Otros

☞ **Organización de la concurrencia:**

Una vez iniciado el ciclo lectivo se entrega personalmente la carta del pedido de ingreso a la institución y se acuerda con ambas Trabajadores Sociales el marco regulador en cual se desenvolvería el proceso como practicante.

En base al reglamento interno del Servicio Social los aspectos pautados específicamente fueron:

- ✓ La Carga horaria y El periodo de concurrencia: 6 de junio del 2007 hasta el 30 junio del 2008, cumpliendo 4 o 5 horas diarias de lunes a viernes, en el turno de mañana (de 8hs a 12hs /13 hs).
- ✓ Las Funciones a desempeñar: En un primer momento, la etapa de inserción, se conoció la institución: Equipo de Salud (profesionales y técnicos, administrativos), Organigrama institucional y procedimientos burocráticos para cada problemática, funciones y rol del Servicio Social en la institución. Por otra parte, también se destinaría tiempo al estudio y comprensión de las problemáticas abordadas mediante materiales teóricos brindados por las profesionales. Así mismo en esta etapa cumpliría la función de observadora en las entrevistas que realizaran las supervisoras.
- ✓ Superado el punto anterior, se comenzaría a realizar las tareas y capacitaciones específicas del Servicio Social. Esto comprende:
 - ⇒ Atención de demanda espontánea;
 - ⇒ Entrevistas a personas con sospecha o diagnóstico de Tuberculosis, VIH/SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual o Violencia Física;
 - ⇒ Control de Contactos de personas con Tuberculosis;
 - ⇒ Visitas domiciliarias;
 - ⇒ Elaboración y gestión del Subsidio Ley 10.436;
 - ⇒ Talleres de Violencia en distintas instituciones educativas;
 - ⇒ Ateneos con otros profesionales del Instituto;
 - ⇒ Concurrencia a Cursos Epidemiología Básica y Epidemiología de Delitos contra la Integridad Física;
 - ⇒ Participación en Grupo de Adherencia de Antirretrovirales y
 - ⇒ Reunión del Equipo del Servicio Social.

En el siguiente cuadro se plasma aproximadamente la organización diaria de las actividades desarrolladas según la carga horaria. Cabe destacarse que estas no fueron fijas pudiendo ser reemplazadas algunas de la mismas, dependiendo de la necesidad de efectuar alguna visita domiciliaria, algún taller en instituciones educativas o de demandas espontáneas.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00 a 9:30	Intervención Control de contactos de TBC	Intervención Control de contactos de TBC	Intervención Atención a la demanda derivada o espontanea	Intervención Atención a la demanda derivada o espontanea	Intervención Control de contactos de TBC
9:30 a 10:30	Intervención Control de contactos TBC	Intervención Control de contactos TBC	Lectura e investigación	Intervención en Atención a la demanda derivada o espontanea	Intervención Control de contactos de TBC
10:30 a 11:30	Intervención en Atención a la demanda derivada o espontanea	Actividad grupal con pacientes Travestis implementand o el Proyecto de Salud: Adherencia al Tratamiento con Antirretro-virales	Lectura de materiales en la institución acerca de las problemáticas con las cuales se interviene	Intervención en Atención a la demanda derivada o espontanea	Intervención en Atención a la demanda derivada o espontanea
11:30 a 12:30	Intervención en Atención a la demanda derivada o espontanea	Lectura de materiales en la institución acerca de las problemáticas con las cuales	Lectura de materiales en la institución acerca de las problemáticas con las cuales	Lectura de materiales en la institución acerca de las problemáticas con las cuales	Lectura de materiales en la institución acerca de las problemáticas con las cuales se interviene

		se interviene	se interviene	se interviene	
--	--	---------------	---------------	---------------	--

2 Reseña histórica

Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara”

Su origen fue como Asilo y Hospital o Sanatorio Marítimo, creado en Mar del Plata en 30 de septiembre de 1893, dependiendo de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal. Adoptó el nombre de Centro Tisiológico de Lucha Antituberculosa de Mar del Plata. En aquel entonces fue destinado al tratamiento de pacientes con tuberculosis extrapulmonar, con internación en el mismo establecimiento con salas que permitían la internación de 170 pacientes. Posteriormente sólo se dedicó a la atención de tuberculosis de agudos, destinándose el Solarium para los niños con tuberculosis extrapulmonar. Luego, siempre con el mismo destino, paso a depender del Poder Ejecutivo a través de la Secretaria correspondiente. En 1958 los enfermos con Tuberculosis internados hasta ese momento en el Hospital Mar del Plata, fueron trasladados al sanatorio Marítimo.

El 25 de julio de 1963 las autoridades de la Nación firmaron un convenio con las autoridades de la provincia de Buenos Aires, por el cual integraron sus recursos para la creación de la que se denominó “el Área Piloto de Demostración de Lucha Antituberculosa en la Provincia de Buenos Aires.” Su terreno de operaciones abarcaba una extensa zona de aproximadamente cien mil kilómetros cuadrados poblados por un millón de personas. Su centro de referencia era el Sanatorio Marítimo de la ciudad de Mar del Plata y por intermedio de este Área Piloto se comenzaron a aplicar en la región, planes de lucha Antituberculosa adaptados a la zona y a los conocimientos existentes entonces. Se incorporó la provisión gratuita de medicamentos y el registro zonal que permitía conocer la incidencia y la prevalencia de los distintos partidos que

la integraban. A su vez este registro permitió efectuar una supervisión indirecta de los establecimientos incorporados.

En abril de 1968 la secretaría de Salud Pública de la Nación lo transforma en Centro Nacional de Lucha Antituberculosa de Mar del Plata, con un área de influencia que incluía las regiones de Patagonia y Comahue. En aquel entonces, la incorporación de nuevos profesionales y técnicos, permitió ampliar las actividades del Centro Nacional.

Las necesidades de la población así como la preocupación de las autoridades de salud, posibilitaron incorporar el estudio y control de otras enfermedades, tales como Enfermedades de Trasmisión Sexual, Hidatidosis, Enfermedad de Chagas, Hepatitis, con un enfoque epidemiológico. Dicho enfoque tuvo su origen en el análisis estadístico de los datos obtenidos en el tratamiento de dichas patologías. Estas acciones fueron dirigidas sobre todo hacia la Enseñanza, Investigación y Educación para la Salud.

El 23 de junio de 1971, por el Decreto N°1944 del Poder Ejecutivo Nacional, sobre las bases del Centro Nacional de Lucha Antituberculosa, se creó el Instituto Nacional de Epidemiología (INE), y a partir de entonces centró su acción en las patologías más prevalentes del país o de mayor repercusión por sus características.

Su laboratorio, que fue designado de referencia en 1968, participo en el diagnóstico cuya de enfermosa requerimiento de diversas provincias del Norte y principalmente del sur del país.

La investigación epidemiológica contribuye al conocimiento de la problemática salud-enfermedad, y brinda alternativas de solución.

Mediante la docencia se busca capacitar al recurso humano en epidemiología, para su desempeño en actividades de salud.

A partir del 6 de junio de 1980 el INE lleva el nombre de "Dr. Juan Héctor Jara", como homenaje y merecido reconocimiento a quien, en su oportunidad, dedicó incondicionalmente su capacidad profesional y humana a la institución.

∂ MISION

- * Entender en los aspectos relacionados con la investigación de los mecanismos causales determinados del estado de salud y enfermedad de las comunidades
- * Entender en la capacitación y elevación del nivel técnico de los recursos humanos que participen en acciones de Salud Pública.
- * Entender en la elaboración de programas de control.

∂ Datos Institucionales

El INE Instituto Nacional de Epidemiología "Juan H. Jara" es una Institución Pública. Es el Instituto de Epidemiología de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" (ANLIS). Organismo descentralizado del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina

Dirección postal: Calle: Ituzaingo N ° 3520

Adyacentes: Ayacucho, España y 20 de Septiembre

Dirección: Mesa de Entradas: España N ° 679

Adyacentes: Ayacucho, Ituzaingo y 20 de Septiembre

C.P: 7600

Localidad: Mar del Plata

Barrio: La Perla

Municipio: Mar del Plata

Partido: General Pueyrredón

Provincia: Buenos Aires

Teléfonos: 473-2100/ 1506/ 3449

Fax: 474-4123

Colectivos líneas: 542/ 541/ 551/ 553/ 531/ 532/ 533

Sedes: no posee sedes

Tipo de Organización: Grupo Gubernamental

Edificio: Sede propia. Construcción de material

Orientación e intereses: Investigación y Docencia

Opera a nivel Zonal, Provincial y Nacional.

Situación Legal: Registrado ante ANLIS.

Registrado como entidad de bien público: Orden Nacional.

Organización y funcionamiento:

Director: Dr. Guillermo Losa

Sub- Directora: Dra. Vacchino, Marta

Sub- Director: Dr. Fernández Pascua, Carlos

2 Metodología Referencial:

En el INE como en el departamento de Servicio Social del mismo, se interviene desde el Enfoque Epidemiológico; considerando para el análisis las variables: el individuo, el tiempo y el lugar.

Las Trabajadoras Sociales proceden a intervenir contando con estos aspectos, construyendo un diagnóstico social para, de esta manera, llevar a cabo las estrategias de intervención, teniendo en cuenta a cada individuo y a cada situación en particular.

Teniendo en cuenta a la variable tiempo, la intervención que se llevará a cabo con la persona dependerá del tipo de patología; algunas son consideradas agudas y otras crónicas y por lo tanto se diferencia el tipo de intervención y el tiempo de duración de la misma. En algunos casos, se logran tener entrevistas en profundidad con el individuo y por lo tanto se accede a un conocimiento más profundo de su historia de vida y de cómo vive la enfermedad, como así también los distintos momentos que va vivenciando. De esta forma se crea un vínculo positivo con la persona donde pueden elaborar, de manera conjunta, diagnósticos y acciones para lograr una mejor calidad de vida.

En cuanto a las patologías que dan lugar a intervenciones con la persona en un plazo menor, es de suma importancia lograr un pronto feedback positivo, para que la persona pueda comprender la patología y enfatizando en los aspectos de vulnerabilidad o riesgo a que la misma la expone como así también que logre comprender la prevención y preservación de su salud, y de su entorno social como así también que logre desarrollar estrategias personales de autocuidado.

¿ Atención e Intervención, Criterios de Inclusión:

- ❖ Personas de ambos sexos, de identidad de género Trans, y con toda orientación sexual y adultos derivados, sintomáticos o por demanda espontánea en TBC, VIH y ETS.
- ❖ Personas mayores de 18 años y/ o contactos convivientes menores de edad del caso índice con TBC.
- ❖ Personas con tratamiento ambulatorio: TBC y VIH/SIDA. (la institución no cuenta con internación para periodos agudos).
- ❖ Se atienden personas con y sin obra social, por derivación del área Médica y/ o del Trabajo Social.
- ❖ Personas víctimas de delitos sexuales con o sin denuncia judicial previa.
- ❖ Personas que residen en el distrito de Zona Sanitaria VIII.

Existen demandas espontáneas de personas que no cumplen con dichos requisitos y en estos casos son derivadas y asesoradas a la institución o área que corresponda.

En todas las intervenciones que lleva a cabo el Servicio Social del INE, aparecen dos aspectos en común (en cuanto al desarrollo de la Historia Clínica) por lo general en las primeras entrevistas con la persona y/o con sus contactos:

- *Aspectos de Conocimiento*, donde se realiza una aproximación a los aspectos socio económicos, vinculares y de salud; y
- *Diagnóstico Social*, que permite delimitar una primera evaluación de cada persona en cada situación particular, delimitando las estrategias de intervención.

En cuanto a los casos de TBC la *Socialterapia* corresponde al plan de acción.

En los casos de VIH/ SIDA esa etapa se puede suprimir, registrando en *Seguimiento* todas las intervenciones que se van llevando a cabo.

El *Seguimiento* en TBC, está contemplado y tiene pautado un periodo de intervención. Llegado el mismo, el *Cierre de la Intervención* se concreta con el alta médica y una última entrevista con la Trabajadora Social.

En cambio, en casos con VIH/SIDA el *Cierre de la Intervención* puede suceder por:

- Derivación o pase a otra institución (HIGA, Zona VII, Privado),
- Ausencia de demanda de la persona de una intervención social, o
- Porque su situación no requiere ninguna acción social, o porque existe problemática social que no ha sido detectada aún.
- Fallecimiento de la persona

En las otras ETS, puede ser que estas etapas se desarrollen en un solo encuentro o a lo sumo en dos.

En cuanto a su organización, el Instituto, cuenta con un circuito burocrático. Cuando la persona es derivada para que el Servicio Social intervenga, ya posee un diagnóstico confirmado o una sospecha de enfermedad, y por lo general se le ha designado un tratamiento detallado en la historia clínica. También las personas acceden al Servicio Social por demanda espontánea, por seguimiento, por derivación de otra institución o por una interconsulta cuando ya es paciente y requiere una intervención social.

El Servicio Social cuenta con ciertas herramientas, técnicas y procedimientos que dan lugar a su organización interna e institucional.

¿ Los instrumentos del Registro de la Intervención:

- En la historia clínica existe un apartado propio de la intervención y seguimiento del Servicio Social.
- En cuadernos diarios de intervención, apartado propio del servicio social, como así también en ficheros, cuadernos de citación y programas estadísticos de computación.
- En el Programa Estadístico EPI 6, se registran periódica y estadísticamente los datos y la evolución de los controles de los contactos convivientes de los casos índices de TBC.
- En mapas de la ciudad de Mar del Plata y de la Zona Sanitaria VIII, se marcan los casos índices según lugar de residencia geográfica, para futuras investigaciones.
- Periódicamente se efectúan diversas observaciones documentales de: historias clínicas, expedientes, planillas de inasistencia de VIH/SIDA y TBC brindadas por el departamento de Farmacia del Instituto; etc.
- Se efectúan visitas a la biblioteca y sala de computación (con internet) del Instituto para consulta bibliográfica.
- Se realizan entrevistas domiciliarias con la persona, con su núcleo familiar o social cuando se considera necesario.
- Cuando se considera pertinente se efectúan también entrevistas con informantes claves para cada situación: Trabajadoras Sociales de instituciones de salud, de educación o de justicia, enfermeras, directivos o responsables institucionales, etc.

Ø Esquema Institucional de Tratamiento:

❖ En los casos de VIH/ SIDA la atención de la persona comienza por:

1. Entrevista psicológica de admisión, contención y prevención de la salud y devolución de resultados para exámenes de VIH (Test de Elisa y Westernblot).
2. Consulta con el médico infectólogo con diagnóstico confirmado para iniciar tratamiento y / o controles de rutina.
3. Contacto con el laboratorio y el área de radiología para completar exámenes de rutina.
4. Contacto con el Servicio Social para efectuar el tratamiento social.
5. Contacto con la farmacia para recibir medicación indicada (si su situación de salud lo requiere).
6. Posteriores consultas médicas, con el Servicio social y con las demás instancias de la institución.

❖ En los casos de TBC la atención comienza por:

1. Consulta con el médico para efectuar los exámenes, la detección y /o la confirmación del diagnóstico, e inicio del tratamiento (por derivación, demanda espontánea o sintomático respiratorio).
2. Contacto con la enfermería, el laboratorio y la radiología para la realización de los exámenes correspondientes.
3. Contacto con el Servicio Social para el diagnóstico y tratamiento social y también para el control de sus contactos convivientes (control de la epidemia).

4. Acompañamiento y Contacto con la farmacia para recibir medicación indicada.

Ø Instrumentos de Registro y la Sistematización de los datos:

El Servicio Social cuenta con instrumentos de registro de las intervenciones de una forma correctamente sistematizada y ordenada. Esto permite tener un registro propio dentro del Servicio Social y como así también un registro dentro de la Historia Clínica de cada persona que pasa por el servicio, a fin de que pueda tenerse acceso y se deje constancia de todo el proceso de intervención y seguimiento social que se desarrolla. Por lo tanto luego de cada intervención se registra en un cuaderno con nomenclatura que define cada tipo de intervención, con dicho registro se procede a efectuar estadísticas mensuales del Servicio Social.

A su vez, se cuenta con planillas específicas para cada entrevista en relación a cada problemática con la que se interviene. Así mismo existen una importante cantidad de folletos que contienen las principales características de la patología y también recomendaciones en cuanto a la adherencia al tratamiento. (En el anexo se encuentran estos instrumentos ordenados y organizados por patologías.)

✓ **Demanda potencial, real y problemáticas prevalentes en el Servicio Social:**

Dentro del *Programa de TBC*, la atención se realiza tanto por demanda espontánea como por derivaciones de otros centros de salud.

Al Servicio Social específicamente, las personas concurren para:

- Encuesta social, control de contactos y quimioprofilaxis.
- Entrevistas por seguimientos de casos.
- Gestiones de subsidios y ayuda alimentaria.
- Asesoramiento y derivaciones de diversa índole, según la particularidad de cada solicitud.

Dentro del Programa de ETS y VIH, la forma de ingreso a la institución es la misma, solicitando al Servicio Social:

- Gestión de carga viral, de ayuda alimentaria, entrega de preservativos.
- Encuesta social, control de contactos y entrevistas por seguimientos de casos.
- Asesoramiento y derivaciones; principalmente para la gestión del pase gratuito de transporte público local y de larga distancia, y gestión de pensión provincial por discapacidad.
- Grupos de ayuda para adherencia al tratamiento antirretroviral.

Dentro del programa de violencia sexual las demandas son:

- Derivaciones y asesoramiento para el Procedimiento Judicial de denuncias.
- Derivaciones para Atención Psicológica.
- Entrevistas de Contención, Apoyo y Seguimiento Social.

En cuanto a las problemáticas más recurrentes en toda la población atendida son:

- Abandonos e inasistencias al tratamiento por Tuberculosis y al tratamiento quimioprofiláctico y dificultades en la adherencia a los tratamientos antirretrovirales para VIH/SIDA.
- Inasistencia de los contactos convivientes a los controles preventivos y/o controles sin concluir de TBC.
- Falta de información adecuada y/o información errónea respecto a medidas preventivas, de autocuidado, etc.
- Angustia, vergüenza y temor a la discriminación por padecer estas enfermedades con fuerte representación social negativa.
- Condiciones habitacionales inadecuadas, hacinamientos, familias numerosas.
- Desocupación, subocupación, ingresos inestables e insuficientes.
- Problemas de adicciones a diferentes drogas.

- Delincuencia.
- Situaciones de abandono y aislamiento de su entorno social, personas en situación de calle o en asilos.
- Niveles de escolaridad incompletos.
- Trabajo Sexual.
- Depresión, angustia y sentimientos autodestructivos acompañados por reiteradas conductas consideradas de riesgo.
- Desconocimiento y/o falta de cobertura de los tratamientos y de los estudios por parte de las obras sociales.

DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN CRÍTICA DE LA PRÁCTICA

Primera Parte:

“Runa Hallpa Amagica”

(Quechua)

“El Hombre es tierra que anda”

Dedicado a todos los que tienen que recordar su tierra en otro lugar...

La inmigración es una huida de la persecución del hambre,

Si de todas formas hay que morir,

Que la muerte no te encuentre sentado.

(M. Salen Abdelftha, Inmigrante)

- **Sistematización del seguimiento y diagnóstico social de un caso social individual de una persona de nacionalidad boliviana con diagnóstico TBC pulmonar.**

☞ **Proceso Metodológico de Intervención del Trabajo Social de Caso Individual**

El Trabajo Social Individual es un fenómeno complejo, dinámico y en evolución, un proceso empleado por algunas instituciones consagradas a fomentar el bienestar público (como es el caso del INE) para ayudar al Individuo a fomentar con eficacia sus problemas coyunturales.

La Persona/cliente/asistido (dependiendo de la concepción de varios autores) es único, nadie puede llegar a conocer su totalidad. Está vivo en un ambiente vivo, y se mantiene en interacción con él. Es un todo, opera como una entidad física- psíquica-social – pasada- presente- futura. ⁶⁸

La Metodología de Intervención utilizada para el caso a desarrollar, es la que propone la autora Cristina De Robertis. Se lo analizó en cada fase que la autora propone con fines analíticos y explicativos, ya que se considera que la realidad es dinámica y dialéctica y por lo tanto la intervención no es una receta con pasos a seguir, sino que es una sucesión lógica y coherente hacia un fin.

El punto de partida de la acción del Trabajador Social es la Localización del Problema: Es el encuentro con la persona. En este caso Juana manifiesta haberse acercado a la Sala de Salud La Pelegrina, donde luego de efectuarse algunos estudios médicos, fue derivada al INE con “sospecha de TBC”. Así, se determina el Motivo de Solicitud definiendo quien solicita, para quién y a quién está dirigido el pedido.

⁶⁸ Halminton Gordon. (1974) “Teoría y Práctica del Trabajo Social de Caso.” México. Editorial La Prensa Médica.

De esta manera se realiza el Análisis de la Situación, la cual consiste en recoger la información acerca de la persona, su situación, su contexto, planteados por el individuo al Trabajador Social y con la posterior reflexión sobre ellos, constituyendo así la Primera Fase del Proceso Metodológico.

Dichos elementos, según el protocolo institucional son:⁶⁹

Nombre y Apellido: Juana Rodríguez

Edad: 19 años

Estado Civil: Soltera con hija.

Nacionalidades: Argentina y Boliviana

Lugar de nacimiento: Potosí, Bolivia.

Ocupación: Quintera Frutillar.

Red Familiar Conviviente: conformada por Madre (Marisa) Padre (Rubén) Hija (Micaela) Sobrina (Lucia) y temporariamente hermana (Samantha). Cabe destacarse que en casa contigua vive la Hermana (Rosa) su marido (Osca) e hijos (Javier y Federico)

Ingreso Familiar: Está condicionado por la estación de cultivo de frutillas, así mismo, la remuneración es mínima. (Cada 5kg de frutillas recolectadas cobran \$1.80)

Juana no posee vínculos con el padre de su hija.

Su núcleo familiar completo: está compuesta por doce hermanos, de los cuales (Samantha) y (Rosa) viven en Mar del Plata, su hermana (Roberta) viven en Capital Federal, su hermano (Pedro) vive en la provincia de La Rioja, su hermano (Hugo) vive en Bolivia y los restantes seis hermanos han fallecido: su hermana (Esther) por TBC

⁶⁹ Con el fin de conservar el secreto profesional y la intimidad de la persona, los datos personales no son los reales.

hace cuatro años, y los otros por la “*vacuna asesina que le aplicaron en Bolivia.*”
(Transcripción relato Juana)

Con esta información se puede analizar los dos ejes interdependientes del Análisis de Situación propuesto por Cristina De Robertis: Análisis Global del Sector de Intervención y la Solicitud o Problema en cuestión.

La Segunda fase del Proceso Metodológico es la Evaluación Preliminar que es una primera apreciación de la persona y de su situación. Momento el cual se define: de qué se trata, cuál es la dificultad de esta persona, cuáles son sus motivaciones para cambiar. Esta evaluación es necesariamente artificial y rápida, muy impregnada de primeras impresiones indefinibles y de “olfato profesional”. El objetivo es llegar a una decisión con respecto a si corresponde o no hacerse cargo. Esto se relaciona con lo que Halminton define como Admisión, Elegibilidad, en el cual el Trabajador Social debe identificar si el problema planteado por la persona puede ser tratado en dicha institución. Se utiliza aquí la herramienta propuesta por H. Perlman la triada Persona, Problema, Trabajo Social/ Institución, relación que va a dar lugar a la construcción de nuestro objeto de intervención.

De esta manera se plantea como admisible por el INE el caso ya que Juana no posee obra social, es mayor de 16 años, tiene diagnóstico TBC pulmonar.

La relación entre el Trabajador Social y la persona es transversal a todo Proceso Metodológico y es inherente a éste, no hay proceso sino hay relación. (Sea positiva o Negativa).

La relación es el puente de toda comunicación entre las personas.⁷⁰ Debido a que la relación moviliza sentimientos y hace que la situación sea más emocionalmente fluida, esto aumenta la posibilidad de realizar cambios.

⁷⁰ Kadushin Alfred. (1983) “La Entrevista en Trabajo Social.” México. Editorial Textos Contemporáneos.

Una buena relación, es deseable en Trabajo Social donde muy a menudo el contenido de la comunicación, lo forman dolorosos asuntos de incumbencia personal.

En esta intervención se tuvieron en cuenta los atributos de una buena relación planteadas por Kadushin: fomentando la autodeterminación e interés de Juana, respeto por su individualidad, manteniendo una actitud de no juzgar, con una comprensión empática, legitimidad y autenticidad; y con una base de discreción confidencial.

En la clasificación de evaluación que C. De Robertis efectúa según el tiempo, se analiza también la *Evaluación Operativa*, momento el cual se especifican los objetivos y la elaboración del proyecto de intervención, el origen de las dificultades, lo que saben las personas implicadas, motivaciones y deseos de cambio, los recursos personales, familiares, etc.(para llevar a cabo la elaboración del diagnóstico).⁷¹

El esfuerzo de comprensión del Trabajador Social sintetiza lo que éste conoce acerca de la dificultad de la persona.

Para efectuar esta evaluación, es necesario *Captar de Dificultad Capital del Problema*. El captar alude a un acto de comprensión a través del cual se busca explicar una situación desde una visión totalizadora.

Es un momento en el que se requiere utilizar otra herramienta que propone la autora M.Richmond⁷², la *Imaginación Constructiva*, la cual se posee desde el comienzo, tomándose por el desarrollo consciente de la reflexión; es determinar qué curso de acción seguirá.

Como afirma H. Perlman⁷³ para realizar la *Elección del Centro de Interés del problema*, se considera necesario: lo que Juana desea, curarse de la TBC pulmonar,

⁷¹ De Robertis Cristina. (2006) "Metodología de Intervención en Trabajo Social." Editorial El Ateneo.

⁷² Richmond Mary. (1993) "El Caso Social Individual." Buenos Aires. Editorial Humanitas.

⁷³ Perlman, Helen. (1965) "El Trabajo Social Individualizado." Madrid. Editorial Rialp S.A.

lo que como Trabajador Social se consideran soluciones posibles y deseables, es que Juana recupere su salud y mejore su calidad de vida, y en relación para lo que el INE ha sido creada, epidemiología clínica, prevención primaria y terciaria de la salud, educación sanitaria y curar la TBC.

Los problemas suelen originar reacciones en cadena ya que la persona es un todo dinámico, todo lo que afecta o modifica un aspecto de la vida, hace impacto y refleja en los demás aspectos.

Juana posee diagnóstico de TBC pulmonar +++, de su red social se desprenden lazos fuertes entre sus miembros, conformada por sus padres, dos hermanas mujeres, su hija y su sobrina.

La situación económica del grupo conviviente es inestable, trabajan de huerteros, dependiendo su ingreso de la temporada de cosecha de la frutilla.

Se denota una evolución en la adherencia de la persona al tratamiento médico, como así también la incorporación de una dieta equilibrada con alimentos nutritivos, demostrando tener conciencia de la enfermedad. También se abordaron las temáticas de las relaciones familiares, su rol como madre, los derechos de su hija, enfatizando la posibilidad de encontrar a su ex pareja y que conociera la existencia de su hija, como los derechos y deberes que posee como padre.

☞ **Estrategias de vida y características de la familia de la persona con TBC en relación al proceso migratorio y al diagnóstico de TBC.**

Se utilizaron como fuentes directas entrevistas semi estructuradas a los integrantes del núcleo familiar de la paciente Juana Rodríguez.⁷⁴

El proceso migratorio no podría ser analizado en profundidad si no se escucharan a sus protagonistas. Por lo tanto fue necesario efectuar entrevistas para conocer las causas, el proceso y el impacto de la Inmigración de una familia de Comunidad Bolivia en la ciudad de Mar del Plata. La familia Rodríguez, actualmente reside en la zona rural de dicha ciudad, en el paraje San Benito en una quinta de Frutillas. En cual habitan integrantes de las comunidades Quechua y Aymará siendo alrededor de 200 familias.

La familia entrevistada se caracteriza por ser núcleo conyugal socio completo, es decir que conviven ambos cónyuges con sus hijos. (Torrado Susana, 2003)⁷⁵ La familia se compone por diez integrantes que habitan en dos viviendas contiguas. Se decidió entrevistar a los integrantes de nacionalidad Boliviana de habla castellana de manera alternada, nacidos en Potosí: Rubén (57 años de edad , primer inmigrante) y a sus tres de sus hijas que residen en Mar del Plata : Rosa (24 años de edad) Juana (19 años de edad) y Samantha (15 años de edad), se excluyeron el resto de los miembros ya que los cuatro niños son argentinos, la esposa de Rubén y madre de las mujeres únicamente habla en quechua y el esposo de Rosa que es de nacionalidad argentina.

⁷⁴ Con el fin de conservar el secreto profesional y la intimidad de las personas, los datos personales no son los reales.

⁷⁵ Torrado Susana. (1982) "Enfoque de las Estrategias Familiares de vida en América Latina." Buenos Aires. Editorial CEUR.

Se destaca la recuperación de la identidad histórica y cultural de la comunidad quechua. Ya que toda comunidad cuenta con tradiciones e historias propias; en ellas se encuentran raíces que le dan vida particular.

Recuperar la identidad histórica y cultural, será para esta sistematización, “memoria popular” o “historia de abajo” es un proceso en el cual se alienta a la comunidad a examinar su pasado para recordar y evaluar el pasado; analizar y cuestionar sus valores; divulgar los triunfos y aprender de ellos; y desafiar el futuro para proyectarse en él.

“Este proceso de redescubrimiento y revisión crítica del pasado comprende dos aspectos importantes: el histórico y el cultural.

El aspecto histórico implica la historia escrita oficial. La reconstrucción de la historia oral es más que una metodología de participación: es un ejercicio colectivo de desalineación que hace una comunidad. Los problemas, preocupaciones y motivaciones de las generaciones pasadas; y los resultados que lograron con sus esfuerzos, pueden enseñar mucho a las nuevas generaciones que luchan por mejores condiciones de vida.

El aspecto cultural comprende las tradiciones, valores, creencias, ritos y prácticas sociales y religiosas de un pueblo. A menudo este aspecto se expresa en la forma de vestir, la música y las canciones, la alfarería y artesanía, los cuentos y poemas; la pintura y la danza.” (Recuperación de la identidad histórica y cultural de la comunidad. Capítulo 5)

♣ Las Causas de su Migración:

“...en Bolivia estaba muy difícil, vine a la Argentina por primera vez en el año 1967/1968 veníamos con mi hijo mayor a trabajar en la elaboración y

cortado de ladrillos en Buenos Aires. Veníamos, trabajábamos y nos volvíamos a Bolivia con nuestra familia...” (Rubén R.)

Este relato caracteriza al proceso migratorio su etapa en la cual el objetivo de migrar es la *búsqueda de un empleo estacional para contribuir al sustento familiar*. El hombre de la familia junto a su hijo mayor, dejan a su familia emigran a la Argentina, trabajan y regresan con su familia. Esta entrada de *remesas* significa *una ganancia económica* que en muchos casos puede resultar ser la única; y de esta manera Rubén lo realizó durante veinte años.

“En 1989 estábamos pasando un mal momento en Bolivia: la fábrica donde trabajaba mi papá había cerrado, mi hermana tenía problemas legales, no teníamos para comer. Entonces mi padre nos insistió que en la Argentina había mucho trabajo, que íbamos a estar mejor y que podíamos venirnos toda la familia a trabajar...” “...así que viajamos todo menos uno de mis hermanos varones, el todavía vive en Bolivia y formó una familia...” (Juana R.)

“...un día me di cuenta que la vida de mi familia no podía continuar así, así que decidí que todos cruzaran la frontera conmigo...” (Rubén R.)

La decisión de migrar es una estrategia de las familias para mejorar su nivel de vida, la familia Rodríguez, posee *con una multicausalidad por la cual decidieron migrar*. Esta es otra característica de este tipo de inmigrantes en cuanto a que desplazan a casi todo el grupo familiar nuclear.

“...En el colectivo éramos todos de allá (de Bolivia). Llegando a la Argentina nos revisaron a todos y a una señora le encontraron hojas de coca, yo era muy chiquita casi ni me acuerdo pero me contaron que como nosotros

no teníamos documento nos tuvimos que quedar detenidos un día entero toda la familia...” (Rosa R.)

La ilegalidad es otro factor que caracteriza a la migración limítrofe, como la mayoría de ellos arriban al país en *la clandestinidad* sin realizar los trámites migratorios correspondientes, sufren no sólo el maltrato de sus ocasionales empleadores sino también el de las fuerzas policiales que los persiguen como si fueran delincuentes.

“...para no tener que pasar por esa situación nuevamente hicimos los documentos argentinos y hoy todos los tenemos...” (Juana R.)

Entre 1992 y 1994, el gobierno argentino dictó una amnistía que permitía acceder a la documentación legal a personas que estuvieran residiendo en el país. Entre los beneficiarios por la última amnistía, el grupo más numeroso fueron los bolivianos: 110.253. Prácticamente, eran el doble que los paraguayos y cuatro veces más que los chilenos. (Grimson A. 2000)⁷⁶

♣ Los lugares elegidos para vivir:

Un grupo migratorio atraviesa diferentes procesos: hombres que emigran solos y envían remesas a su familia en el país de origen; familias que emigran cumpliendo tanto la función de producción como de reproducción, e individuos independientes que emigran dentro o fuera de un mismo país efectuando empleos temporarios. La familia R. ha atravesado por todos esos momentos:

⁷⁶ Grimson Alejandro. (2000) “Fronteras, naciones e identidades en el Cono Sur.” Buenos Aires. Editorial La Crujía.

“... Primero fuimos a Buenos Aires a trabajar en el cultivo de tomates, ahí estuvimos un tiempo. A mi papá le dijeron que en La Rioja se estaba mejor y aunque nosotros no queríamos viajar mi papá no nos quería dejar nuevamente así que fuimos todos allí. Pero cuando llegamos y vimos que no tenía vegetación, todo desierto, trabajamos de todo, yo no me acuerdo bien en qué. Nosotras con Juana y Rosa íbamos a la escuela allá en la Rioja. Vivimos bastante no me acuerdo cuanto...” (Samantha R.)

“...Yo en sexto grado deje la escuela porque quedé embarazada, me enteré que estaba embarazada al sexto mes, porque en la sala de La Rioja no me descubrían que me pasaba al principio. El padre de mi hija es Riojano y ella también. Mi papá se enoja mucho porque quede embarazada...” (Juana R.)

“... Un día nos comunicamos con un tío de mi mamá que trabaja en una quinta de frutillas en Mar del Plata así que nos vinimos para acá. Es el encargado de la quinta él vino mucho tiempo antes que nosotros...” (Samantha R.)

“... En todo este camino nos fuimos separando un poco con mis hermanos, cada uno eligió un lugar...” (Juana R.)

Este es uno de los aspectos relevantes dentro de la migración son precisamente las redes, las conexiones o vínculos que se pueden establecer en el lugar de destino, ya que lo que prima es mediante estos contactos poder insertarse en el mercado laboral.

“...Mi hermano mayor, quien empezó a inmigrar con mi papá, se quedó en la Rioja, otro hermano vive en Bolivia, mi hermana Roberta trabaja en la costura en Buenos Aires...” (Juana, G)

“... yo vivo con mi hermana Roberta y con mi cuñado en Buenos Aires, trabajando en la costura, y cuando empieza la *temporadita* en Mar del Plata me vengo para acá...” (Samantha R.)

En un principio la mayor parte de las personas que llegaron a nuestro país se asentaron en la región del Noroeste argentino; y luego su destino fue básicamente la Capital Federal. En la década del '80 parte de ellos se dirigen hacia la costa atlántica: Mar del Plata, Villa Gesell, Pinamar, Puerto Madryn, Río Gallegos y Comodoro Rivadavia son los destinos que mayoritariamente eligen.

El proceso inmigratorio limítrofe ha adquirido mayor visibilidad en los últimos años por el desplazamiento de los extranjeros desde las zonas fronterizas hacia los centros urbanos más importantes, dejó de estar localizada sólo en las zonas marginales para instalarse en las grandes ciudades.

♣ Impacto de la Inmigración

A medida que se generan los asentamientos en Buenos Aires los habitantes desarrollan diferentes estrategias para reunirse y construir en ese nuevo contexto urbano, lugares y prácticas de identificación.

Intentan permanecer en colectividad por distintas zonas de la ciudad, formando su propio mundo dentro del que habitan y comparten con los nativos. (Shinder, Edgardo.2002) ⁷⁷

...”en donde yo vivo somos como 200 familias...”...”algunos hablan quechua y otro aymara...” “...somos todos de Bolivia me parece...” (Rosa R.)

“...El dueño de la quinta es un “tío”⁷⁸ mío...” (Juana R.)

⁷⁷ Op. Cit. 67.

Las fiestas, las costumbres, los barrios y la unidad entre ellos, hacen que se sientan como en su país, pero no dentro de él, ni dentro de la Argentina, en su país, quizá el que quisieran construir dentro de su territorio pero que hasta ahora no han podido.

♣ La Razón Doméstica:

Para intentar visualizar los cambios en la razón doméstica en esta familia, es necesario analizar cuáles son las prácticas o estrategias que adoptan.

Las estrategias de supervivencia son las conductas cotidianas que tiene la Familia R. que se organizan en un balance de obtención y consumo de recursos que pueden ser resumidos en el presupuesto familiar. Para obtener esos recursos los miembros del grupo deben realizar una serie de tareas en la esfera pública o en la esfera privada. (Benencia 1991)⁷⁹

A) La Alimentación, Situación de salud y Estrategias de Curación-Sanación:

Cada grupo de inmigrantes lleva consigo sus particularidades entre ellos los alimentos.

Para muchas nacionalidades y etnias, en este caso la quechua, sucede que muchas veces, el único vínculo que siguen manteniendo con sus raíces ancestrales, luego de la inmigración, es el vínculo alimentario. (Schinder, Edgardo.2002)⁸⁰

⁷⁸ Tío: es la denominación que reciben los hombres que son de la misma o mayor edad que el padre y son compatriotas.

⁷⁹ Op. Cit 63.

⁸⁰ Op. Cit 77.

“...mi papá me contó que en Bolivia se come mucho trigo y maíz, en cambio acá comemos lo que tenemos a mano: pollos y verduras que cultivamos y criamos...” (Juana R.)

El propietario de la quinta les permite que tomen todo lo que desean, para el consumo personal y no se cobra por ellos, como así también que críen o cultiven para el consumo de la familia.

“...la noche anterior mi mamá prepara la comida para todos para el otro día...” (Juana R.)

El cambio de alimentación se relaciona con los niveles de instrucción. (Schinder, Edgardo.2002)⁸¹

“...tomamos mate, a mi me encanta a mi papá le costo para que le gustara, en mi familia tomamos todos, hasta los niños...” (Samantha R)

Ante la sensación de enfermedad en Bolivia normalmente se recurren al ayuno, al reposo, a las infusiones de hierbas medicinales. La atención primaria de la enfermedad es proporcionada por los familiares: padres, chiolita, en la mayoría de las veces y ancianos curanderos. (Shinder Edgardo, 2002)⁸²

“...Cuando mi hermana Esther se enfermó de tuberculosis se fue a la Rioja con mi hermano, ya que (el clima) es más seco que acá y un amigo de mi papá la curó pero allá falleció...” (Juana R.)

“...Unos días antes que me dijeran que tenía TBC estuve con mi hermana en Buenos Aires, la llame por teléfono y le dije que se vayan a controlar...” (Juana R.)

“...Hace unos años, la última vez que mi mamá quedó embarazada empezó a tener el bebé y estábamos con Juana solas así que la ayudamos, mi papá nos había enseñado a atarle el cordón umbilical pero lo hicimos mal y el bebé falleció...” (Samantha R.)

⁸¹ Op. Cit 80.

⁸² Op. Cit 81.

“... mi papá la ayudo a mi mamá con todos nuestros nacimientos...”

(Juana R.)

Actualmente la familia asiste a la Sala de la Pelegrina para efectuar los correspondientes controles a los niños y Juana, es quien cumple un tratamiento de TBC en el INE. Como así también todo el grupo familiar tiene una adecuada adherencia al tratamiento preventivo de quimioprofilaxis.

“...La pastilla que tenemos que tomar (refiriéndose a la quimioprofilaxis) la tomamos todos juntos a la mañana y con mate...” (Samantha R.)

B) Tipo de Familia:

Habitualmente se asocia a las familias rurales como extendidas, donde no sólo conviven los padres con sus hijos, si no también que también comparten el hogar con otros parientes, producto de una forma de trabajo, donde todos los integrantes son incorporados al proceso productivo.

“... Cuando trabajo en Buenos Aires vivo con mi hermana y mi cuñado y otra gente más, somos todos bolivianos...” (Samantha R)

“...yo vivo con mi mamá, mi papá, mi hija, mi sobrina, y al lado: mi hermana, mi cuñado y mis otros dos sobrinos...” (Juana R.)

C) Fecundidad

La disminución del número de hijos de esta familia esta relaciona básicamente con las condiciones de vida y de trabajo, además del cambio de modo de producción de subsistencia a uno destinado al mercado.

Existe una notable disminución de la natalidad si se las comparan con la sus progenitores.

Una hipótesis posible es que para los colonos tener muchos hijos les resultaría incompatible con su estrategia de racionalidad productiva y transmisión intergeneracional de una propiedad equivalente. Mientras que para los trabajadores (que están en el primer ciclo de proletarización) tener una mayor cantidad de hijos formaría parte de una estrategia de subsistencia que permitiría una maximización del ingreso o recursos” (Benencia 1991)⁸³

“...Mis papas tuvieron trece hijos, quedamos seis, ya que siete fallecieron, una por tuberculosis, dos cuando nacieron acá en la Argentina y al resto murieron porque en Bolivia les pusieron la *vacuna asesina*...” “... hoy no se puede tener tantos hijos...” (Lourdes R.)

“... yo tengo dos niños...” (Rosa R.)

“... yo tengo una niña y cuido a mi sobrina porque mi hermana falleció (de TBC)...” “...No puedo tener más, es muy difícil...” (Juana R.)

D) Empleo

“... aunque cuando trabajamos en el tomate teníamos que cargar veinte kilos a la espalada, por lo menos los comíamos y nos sacaba el hambre, en cambio, la frutilla no llena y para colmo cuando la cultivamos sale un polvo que hace estornudar mucho...”

“.. La producción de frutillas queda a una hora a pie desde nuestra casa, trabajamos desde las 6 am hasta las 19 hs. Cobramos cada cinco kilos de frutillas \$1, 80....” (Juana R.)

La migración boliviana se inserta en un mercado laboral en expansión, en muchos casos como mano de obra “marginal”, barata, oprimida y

⁸³ Op. Cit 79.

discriminada y para propiciar su rol de funcionales para el desarrollo de la economía Argentina.

E) La Identidad Quechua y La respuesta de la población nativa

El sujeto sólo se constituye a partir de buscar y lograr su propia identidad. Tener la certeza de ser hoy el mismo que ayer, es la base de la posibilidad de ser portador de derechos, de tener una propiedad y de tener historia. Defender la búsqueda de la identidad, como condición de la unidad de nuestra acción, es la condición esencial de la vida humana.⁸⁴

Actualmente existe un *nosotros* y un *ellos*, lo propio y lo ajeno. De la relación colonizador-colonizado, se establece una relación asimétrica de dominación- subordinación entre el grupo de los argentinos y el de los bolivianos.

Hay determinados elementos culturales de carácter material, simbólico y emotivo que se ponen en juego cuando se emigra. El lenguaje, la alimentación, las celebraciones marcan la unión del pasado con el presente, y permiten diferenciar lo propio de lo ajeno, lo conocido de lo desconocido.

“...Con Juana le estamos enseñando a mi mamá a hablar castellano, y está aprendiendo a escribir su nombre también...” (Samantha R.)

“...yo sé hablar en quechua pero no escribirlo...” (Juana R.)

Como grupo migratorio al momento de insertarse en una sociedad nueva, atraviesan etapas de exclusión social y cultural. La identificación étnica se puede ver en la familia Rodríguez como un esfuerzo para lograr la supervivencia social.

⁸⁴ Op. Cit. 83.

Esta comunidad sufre la exclusión social, situaciones de discriminación a través de la denominación popularizada y peyorativa “los *bolitas* vienen a quitarnos el trabajo”.

♣ Expectativas, Deseos y Proyectos:

“... A mí me gustaría poder terminar los estudios primarios, pero no puedo, tengo una niña que alimentar... y aunque mi padre me dejara como trabajamos de 6hs a 19 hs no tendría tiempo para ir a la escuela...” “... cuando termine la temporada acá me gustaría ir con mis hermanas a trabajar en la costura en Buenos Aires...” “...la costura es más tranquilo tengo solo que estar sentada, el cultivo de frutillas cansa mucho...” “... no extraño Bolivia yo vine de muy chica con 2 años nada más, no me acuerdo nada de allá...” (Juana R.)

“...extraño Bolivia, pero no volvería, allá se vive muy mal...” (Rubén R.)

“...me gustaría volver a Bolivia, a conocer porque como yo viene a la Argentina con 6 años y no me acuerdo mucho...” (Rosa R.)

Segunda Parte:

La libertad no reside en descubrir o en ser capaces de determinar quiénes somos, pero sí en rebelarnos contra todas esas maneras en que somos previamente definidos, categorizados y clasificados.

(Michael Foucault)

- **Sistematización del Trabajo Social con Grupo de personas con identidad de género Trans femenina.**

☞ **Proceso Grupal**

Todo grupo tiene un desarrollo evolutivo que se denomina *Proceso del Grupo* en el que se tiene en cuenta la interacción dinámica entre sus miembros y el logro del objetivo propuesto. Supone una sucesión de etapas y operaciones de resolución de problemas integrados entre sí.⁸⁵ El grupo permite a los individuos que lo integran, que crezcan y se realicen.

Varios autores coinciden en que el grupo atraviesa necesariamente por ciertas etapas: Nacimiento o Inicio, Adolescencia o Formación, Adulthood o Madurez, Conflicto y Disolución o Muerte.

⁸⁵ Riviere Pichón. (1998) "El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social." Editorial Nueva Visión.

El *Nacimiento* es el comienzo donde su funcionamiento depende de quién lo dirige o coordina.

Luego la etapa de *Formación*, denominada Adolescencia, es el momento en el cual los miembros del grupo luchan con conflictos de dependencia e independencia, comenzando a funcionar por sí mismos con eficacia.

Los conflictos y problemas emocionales serán resueltos por el grupo cuando alcance un estado de *Madurez*.

Cabe destacarse que la etapa de *Formación* del grupo es continuada por una de conflicto, cuya superación lleva a la organización.

Todo grupo entra siempre, naturalmente en una etapa de *Conflicto*.

Finalmente existe una etapa de *Disolución o Muerte* del grupo igualmente natural y normal.

La Sistematización del Proceso Grupal tendrá como sustento Metodológico la Guía propuesta por David Mustieles Muñoz y Natalio Kisnerman.⁸⁶

La experiencia con el grupo de personas con identidad de género Trans femenino se desarrolló en el espacio físico del departamento del Servicio Social en el Instituto Nacional Epidemiología.

En cuanto al *Equipo de Coordinación* estuvo a cargo de la Licenciada en Trabajo Social y Psicóloga Mónica Molina y la colaboración del equipo temporal de residentes de post y pre grado de la Lic. En Servicio Social quienes por lo general, cumplieron roles de observadores participantes.

La *Supervisión* del desarrollo del grupo estuvo a cargo de la Lic. Mónica Molina, quien desde un enfoque plural elaboró las estrategias y metodología de trabajo

⁸⁶ Mustieles Muñoz David; Kisnerman Natalio. (1997) "Nueva Guía para la Sistematización de procesos Grupales". Buenos Aires. Editorial Lumen – Humanitas.

así como la planificación de las actividades de una manera horizontal y democrática junto con todos los miembros del grupo.

En cuanto a las *Estrategias de Conformación*, la coordinadora del Grupo, la Lic. en Trabajo Social Mónica Molina invitó a participan a los residentes de pre- grado y de grado de la Lic. en Trabajo Social. El mismo se había comenzado a formar en virtud a la demanda planteada por una de las personas Trans femeninas en cuanto a la adherencia al tratamiento con antirretrovirales, preocupada porque "... hay personas con VIH que no se están cuidando..." (Leticia).⁸⁷

En el primer encuentro, las personas con identidad sexual Trans femenino fueron quienes compartieron con las residentes el objetivo del grupo: Crear este grupo para trabajar, a través de la conformación de Agentes Promotores de Salud, las problemáticas y demandas que poseen como Travestis, transexuales, trabajadores sexuales, etc.

En relación al *Encuadre* del grupo, los encuentros se desarrollaron los días martes de los meses Junio, Julio y Agosto del año 2007 en la franja horaria de 11 a 13 horas, en el Departamento de Servicio Social del INE. Se mantuvieron en total ocho encuentros.

Tomando en cuenta la clasificación que Pichón Riviere⁸⁸, el grupo se caracteriza por ser centrado en el proceso grupal, en la tarea que se desarrolla y en el Individuo en particular.

El grupo fue conformado con el Objetivo general de crear Agentes Promotores de Salud, y los temas se desarrollan en torno al eje general de Calidad de Vida y Antirretrovirales. Esto corresponde al *grupo centrado en la tarea*. Sin embargo, en el desarrollo de los distintos encuentros el grupo fue tomando distintas características en

⁸⁷ Con el fin de conservar el secreto profesional y la intimidad de las personas, los datos personales no son los reales.

⁸⁸ Op. Cit. 85.

relación a los temas abordados. Así es como el grupo fue adoptando los enfoques según las necesidades planteadas.

La *tarea manifiesta* del grupo se mantuvo en el desarrollo de cada encuentro, sin embargo a lo largo de todo el proceso, específicamente en cada reunión, se fueron abordando distintas temáticas personales planteadas como necesarias por el grupo para alcanzar el objetivo general.

El *grupo se centró en el individuo* cuando se trabajaron las temáticas: Autoestima, Identidad, Maltrato y Violencia (Explotación laboral y sexual), Empleabilidad, Capacitaciones, Trabajo Sexual y Adherencia a los Antirretrovirales, debido a que varias integrantes del grupo convivían con VIH y les costaba el compromiso de adherencia al tratamiento médico y con la vida.

El Grupo, se centró en la tarea, de recuperar su salud, y reflexionar acerca de los temas planteados de manera transversal en cada encuentro. Específicamente en cuanto al horario de los encuentros, la ausencia de miembros del grupo, la ampliación a otras personas a participar del grupo (personas con orientación sexual homosexual: lesbianas o gays), los días de los encuentros, las rivalidades y por ultimo los conflictos personales. La asistencia fue irregular.

Análisis del Proceso Grupal

Al inicio de todo proceso grupal, las personas manifiestan conductas situacionales, denominadas *Ansiedades Básicas*.⁸⁹

Cada miembro inicia su actuación grupal tratando de traducir sus intereses. Estas aparecieron como expectativas, denominadas por *Ansiedades Anticipatorias*⁹⁰

Estas se manifiesta de una manera doble: desde los miembros del grupo al Trabajador Social y de éste al grupo.

⁸⁹ Op. Cit 85.

⁹⁰ Op. Cit. 89.

En el inicio del Proceso Grupal, se vivencian situaciones psicológicas por parte de los miembros del grupo, del Trabajador Social y el proceso, de gran importancia. El Trabajador Social interviene en este momento con el grupo con el objetivo de disminuir la angustia y la tensión llevando a cabo distintas técnicas para generar confianza reciproca. La angustia se vivencia frente a actitudes tendientes a enmudecer. El miedo que enfrentan los miembros del grupo ante la situación nueva es natural en este momento, pero vivenciado como destructor de su individualidad; y por lo tanto fue controlado. Otro miedo que vivieron los miembros del grupo fue recordar y revivir experiencias pasadas con tonalidades traumáticas.

En distintos momentos, el Trabajador Social, percibió en algunos miembros del grupo, actitudes *de temor a exponerse*: en expresiones no verbales, rasgos conductuales, gestos y posturas manifiestas. Los miembros no saben cómo actuar y se plantean muchas preguntas que por lo general no fueron expuestas verbalmente. Se deposita el miedo en el afuera del grupo, se reitera el miedo por parte de algunas de las personas Trans Femenino a un par que las explota laboral y psicológicamente. Es quien las obliga a pagar un “peaje” para trabajar en las calles, y expresa frecuentemente actitudes de maltrato y explotación hacia todas las trabajadoras sexuales. Por este temor que les genera, plantean ocultar su participación en el grupo para mejorar su calidad de vida; como así también la decisión de algunas de ellas a abandonar el trabajo sexual, ya que esta persona ejerce violencia física y psicológica; no permitiéndoles a las personas Trans que se desenvuelvan como Promotoras de la Salud, repartiendo profilácticos entre sus pares, razón por la cual deben efectuar esta actividades de una manera oculta.

La interacción entre Trabajador Social y el grupo inició un intercambio emocional. Se visualiza un *doble liderazgo*, por un lado, la coordinadora (líder convocado) y otro lado, Leticia, miembro Trans femenino que desarrolló desde el comienzo y durante todo el proceso, un rol de líder entre sus pares.

Leticia fue quien motivó la formación del grupo como así también la participación de todos y de cada uno de sus miembros. Frente a ella surgieron actitudes de sumisión por algunos miembros, descartándose los elementos de agresión o rechazo que suelen vivenciarse en todo grupo en el proceso grupal.

Desde el Trabajo Social se crearon dos *ambientes*: uno *físico* y otro *psicológico*. En cuanto al primero, se intervino atendiendo a que todos los miembros estén sentados alrededor de un círculo, sin muebles que separen los status, un espacio que proporcionó la mínima cordialidad deseable. En posteriores encuentros, se consideró necesario también que los miembros del grupo de profesionales del INE se ubicaran de manera intercalada con las personas con identidad sexual Trans femenino.

Y por otro lado, en relación al ambiente psicológico, se evitaron formalidades e intimidación, interviniendo con igualdad, homogeneidad y empatía; promoviendo y siendo responsables en cuanto a la puntualidad, y regularidad de asistencia en razón a los días y horarios establecidos.

Al finalizar cada encuentro se evaluó de manera horizontal y democrática las temáticas planteadas en el día y elaborando de manera conjunta el plan de acción para la próxima reunión, quedando a cargo de los profesionales la estrategia a adoptar para desarrollar técnicas innovadoras para cada temática y para cada encuentro.

Participar de este grupo es, para la mayoría de sus integrantes, una situación nueva y desconocida, por lo tanto se experimentaron el *Miedo al Ataque*⁹¹ que tiene que ver con el hecho de ser juzgado, ver desvalorizados los propios valores desde criterios morales diferentes a los propios, ser ridículo, etc. Este miedo va a generar la *Ansiedad Paranoide*⁹². También el *Miedo a la Pérdida*, que tiene que ver con la pérdida de todo aquello que proporcionaba seguridad, ya que se ingresa en una situación nueva. Está también relacionado con la pérdida, fantaseada, de lo que se

⁹¹ Op. Cit. 90

⁹² Op. Cit.,. 91.

tenía como propio (estilo de vida, valores, sentimientos, etc.) que al ingresar en una situación grupal pueden fundirse con los de las demás y generar una pérdida de identidad. Este aspecto reforzado principalmente por el deseo de las personas Trans femeninas de abandonar el trabajo sexual (siendo hasta el momento, la "única" manera posible de desempeñarse laboralmente)

El miedo a la pérdida genera la ansiedad depresiva, ésta junto a la ansiedad paranoide, configuran las ansiedades básicas, que en conjunción producen un estado más o menos acusado y generalizado de ansiedad.

En el grupo se observaron *subgrupos: parejas y tríos*, situaciones comunes en todo grupo.

Los miembros formaron subgrupos por estrecha proximidad, en base a los intereses especiales, sentimientos y valores compartidos. Así como se observan dos subgrupos: uno formado por las personas Trans femenino y otro por los profesionales. Entre las personas Trans femenino, se observó una dupla entre Marta y Leticia y frecuentemente Martina se sumaba dando lugar a un trío y por otro lado el trío Leticia, Gisela, Paola. Estos subgrupos no fueron fijos, en cada reunión, es más se pudieron vivenciar duplas y tríos formándose y disolviéndose en un mismo encuentro dependiendo de las situaciones identificadas como compartidas.

En ocasiones se entendían estas duplas o tríos como manifestaciones de amistad pero en razón de sus disoluciones se analiza que su formación corresponde a una necesidad de seguridad frente a la situación que enfrentan.

El Trabajador Social, coordinador, no interpreta a los subgrupos con un aspecto negativo, sin embargo se intervino en ellos formando equipos de trabajo rotativos para permitir que todos los miembros realicen las mismas actividades, evitando de esta manera la competencia con el fin de integrar a los subgrupos a una entidad grupal. Se enfatizó que el grupo no necesita de esas actitudes de control y seguridad que da lugar ser parte de un subgrupo; educando a los miembros hacia la aceptación

recíproca de personalidades, intereses y respetando siempre la individualidad, lo particular y lo propio de cada uno de sus miembros.

Se propuso otorgar el uso de la palabra en forma ordenada, sin rigidez, propiciando la participación espontánea.

Cuando surgieron discusiones, fueron consideradas parte del proceso educativo del grupo, aspirando a la conciliación y a la ausencia de ganadores y perdedores como resultado de las mismas.

Cada miembro es esencial para el grupo. Las ausencias de los miembros eran justificadas por quien que se había comunicado con anterioridad al encuentro, informando al grupo la razón de su inasistencia. Por lo general las ausencias fueron por la participación de algunos miembros a Congresos y Capacitaciones de Promotores de Salud en Capital Federal, en Talleres de Capacitación, actividades educativas o laborales, etc.

Frente a la ausencia injustificada se demoraba el comienzo de la reunión algunos minutos; comenzando ya sea por la llegada de la persona ausente o porque el grupo decidía que por respeto a los presentes se debía comenzar sin ella.

Las ausencias fueron cada vez más frecuentes, a pesar de las modificaciones de días y de horarios.

El grupo interpreta que el factor de unión de sus miembros correspondía a la satisfacción de necesidades individuales. A medida que estas fueron siendo satisfechas el grupo tendió a su disolución.

A continuación se desarrollaran *vectores de grupo*⁹³ que se han observado e intervenido en el proceso grupal.

- AFILIACIÓN

⁹³ Op. Cit. 92.

El grupo se formó por la necesidad planteada a la Lic. Mónica Molina por parte de Leticia. Quien a su vez convocó e invitó a sus pares, Trans femeninas agrupadas por la necesidad de abandonar el trabajo sexual desarrollando estrategias laborales alternativas y convertirse en Promotoras de Salud, capacitando y concientizando a sus compañeras Trans y Trabajadoras Sexuales en relación a la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Luego de los primeros encuentros, se invitó a participar del grupo, a las residentes de pre grado y de grado de la Lic. en Trabajo Social, quienes se incorporaron al mismo. También se había iniciado con anterioridad una investigación entre el Programa Nacional de VIH/SIDA en esta población y el Servicio Social, quien comienza a convocar a personas Trans femeninas dispuestas a participar en el mejoramiento de su salud.

- PERTENENCIA

La asistencia de los miembros del grupo a los encuentros fue variado. En los primeros encuentros la asistencia era de cinco personas con identidad de género Trans femenino: Gisela, Paola, Marta, Leticia, Martina, la Lic. en Trabajo Social y Jefa del Servicio Social: Lic. Mónica Molina; Residente de grado en Trabajo Social: Lic. Yessica Gallo; Residente de pre grado en Psicología: Eduardo, y las Residentes de pre grado en Trabajo Social: Carolina Villalba y María Florencia D´Onofrio.

A medida que las integrantes Trans femeninas iban participando de Congresos, Jornadas, Talleres Laborales o Talleres de Capacitación, la asistencia a los encuentros fue variando, viviéndose una notable disminución de sus miembros.

No existió un lenguaje unificado de pertenencia al grupo, ya que en el discurso de las personas Trans Femenino, no existía un "nosotros" sino que se planteaba la diferencia; "...Nosotras las Trans, y ustedes los profesionales..." (Paola). Siendo una cuestión meramente de denominación ya que la modalidad de trabajo y de abordaje de las temáticas fue vivenciado de manera grupal.

▪ COMUNICACIÓN

El grupo mantuvo una interacción verbal y simbólica intensa, en relación a las temáticas planteadas. Existieron planteos de incumbencia personal con interrogantes y dudas respondidas y resueltas por todos los miembros del grupo de manera espontánea y voluntaria.

Se pudo observar por parte de las personas Trans el esclarecimiento hacia todos los miembros en relación a temas relacionados con malentendidos y sobreentendidos, evitando que se provocaran cortocircuitos en el proceso comunicativo que generalmente provocan los errores por codificación y /o decodificación de la información.

▪ PERTINENCIA

El grupo manifestó unificación de criterios en relación a los objetivos del grupo y se centró en los objetivos y en las tareas.

En cuanto al abordaje de la tarea, cada encuentro se inició con el planteo de alguna problemática, que aquejaba a algún integrante del grupo, de manera introductoria.

Para cada tema en particular, se desarrollaron técnicas específicas:

- Para abordar la Adherencia a los tratamientos Antirretrovirales, se trabajó con un cuestionario de preguntas con respuestas afirmativas o negativas que luego se ponían en común. Todos los miembros expusieron sus respuestas y dudas que eran aclaradas también de manera conjunta. (Anexos)

- En cuanto a la temática Autoestima se desarrolló en tres encuentros con diferentes técnicas. Para el desarrollo de la técnica Autorretrato. (Anexos) Surgieron muchas dudas, dejando su desarrollo de manera independiente y como tarea para el próximo encuentro. Momento el cual sólo un miembro había desarrollado la misma en su totalidad y muchos otros plantearon interrogantes que habían dificultado su quehacer.

Existió una importante resistencia en la totalidad de los miembros a desarrollar el último punto de la guía el cual correspondía a dibujarse a sí mismos desarrollando alguna actividad placentera.

La Segunda técnica para desarrollar en el tema de Autoestima fue leer un texto de la filosofía canina. (Anexos) Esta fue suspendida ya que una integrante había sufrido en la semana un accidente entre sus perros de los cuales tres habían fallecido. Razón por la cual, se suspendió la actividad programada y se designó parte del encuentro a que expresa su angustia por lo ocurrido.

En relación a la tercera técnica para trabajar el *Autoestima* se solicitó a cada uno de los miembros elaborar una frase de admiración a los restantes miembros. Frente a esto uno de los integrantes planteó no poder efectuarlo por desconocer a los "profesionales". Punto que quedó apartado frente a la aclaración de la coordinadora Mónica, al definir que el grupo de los "profesionales" se conocían por el desarrollo de este grupo.

Todos los temas planteados por el grupo fueron trabajados, quedó pendiente el tratamiento en profundidad de los temas: cirugías, prótesis e implantes, debido a la disolución del grupo.

▪ COOPERACIÓN

Se vivenciaron aportes de los miembros coherentes con la tarea, siendo estas de información teórica, y de índole vivencial, contribuyendo significativamente en el esclarecimiento y tratamiento de las distintas temáticas. Por lo general estos aportes se integraban para generar un espacio de cooperación de los miembros entre sí y ayudando al equipo de coordinación. La colaboración de los miembros del grupo se destinó a alcanzar la tarea propuesta.

Hubo indicios de competición entre los miembros de identidad Trans femenino, quienes se auto identificaron como muy competitivas entre sí.

Entre las situaciones dilemáticas que existieron en el grupo, algunas se pudieron resolver como fue el caso del cambio de horario para que todo el grupo pueda estar presente en los encuentros.

La productividad grupal, se vivenció en la elaboración y organización del Encuentro de Sensibilización al personal de Salud. Miembros del grupo de manera voluntaria elaboraron bocetos de afiches y en el espacio grupal se produjo aquel que integrara a los distintos aportes, como así también se distribuyeron de manera democrática, los roles y responsabilidades de cada integrante para el desarrollo del mismo.

- APRENDIZAJE

El grupo fue una instancia de aprendizaje para todos los miembros. Muchos de los cuales vivenciaban por primera vez una actividad grupal. Un ejemplo de ello fue la organización de manera conjunta del desarrollo de cada taller, como así también el aprendizaje expuesto por una integrante de identidad sexual Trans femenina quien manifestó que a raíz de los talleres de autoestima utilizó el colectivo de línea como medio de transporte para circular después de mucho tiempo.

- TELÉ

Por lo general no existieron actitudes de rechazo entre los miembros en el desarrollo del grupo. Las que surgieron estuvieron orientadas a situaciones pasadas las cuales fueron resueltas en gran parte en el desarrollo de los distintos encuentros.

Parte de las personas Trans continuó trabajando, de manera autogestionada, en La Red de personas viviendo con VIH/SIDA e instalaron un stand en el INE acompañando a sus pares en cuestiones de salud, en la consulta médica. Otras continuaron en forma individual, ya que una de ellas formaba parte de Narcóticos Anónimos prestando ayuda a personas con dificultades en el consumo de sustancias.

CONCLUSIONES

La experiencia de sistematizar la práctica del Trabajo Social fue considerada, desde el principio, un desafío personal y profesional, en cuanto a comprender la importancia de reflexionar a la práctica desde un sustento teórico- metodológico y principalmente la responsabilidad de darle voz a los propios actores y protagonista, que sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

Ha tenido dos tipos de limitaciones: por un lado que el fin de la intervención del Trabajo Social en Caso Social Individual tuvo correlación con el fin del tratamiento médico de TBC y por otro lado que el fin de la intervención en Trabajo Social de Grupo coincidió con la disolución del grupo.

La sistematización es una herramienta, poco utilizada en el Trabajo Social. Por lo tanto este documento se propone también, despertar en cada estudiante y profesional de Trabajo Social, la utilización de la misma, enfatizando las ventajas que brinda en la producción conocimiento, en un constante acercamiento y distanciamiento de la práctica, para su análisis, comprensión y reflexión. De esta manera permite confrontar y modificar el conocimiento teórico existente, brindando la posibilidad de crear un conocimiento nuevo, para entender y transformar la realidad social, como así también respondiendo a los interrogantes teóricos, metodológicos y del desarrollo de la práctica en sí, evaluando lo qué se hizo, de qué manera y como podría hacerse mejor.

Aludiendo al título de este trabajo, se considera que tanto la TBC como el VIH/SIDA, son viejas y nuevas epidemias. A pesar de que los tratamientos médicos hacia ellas, han avanzado logrando un pronto y eficaz mejoramiento de la calidad de vida de las personas, ambas continúan muy vigentes en la actualidad.

Vivimos en un mundo sesgado de información y con un fácil acceso en cuanto a la prevención y la asistencia de estas patologías, sin embargo, no existe una conciencia de ellas en la sociedad. Frecuentemente se expresan determinadas representaciones sociales en cuanto a que la TBC ha desaparecido y/o que fue una enfermedad antigua y que el VIH/SIDA afecta únicamente a determinados grupos sociales: drogadicción, homosexualidad, inmigración, etc.

A pesar de que la información actualmente se encuentra al alcance de la mayoría de la sociedad, continúan antiguas conductas discriminatorias hacia las personas que padecen algunas de estas enfermedades, perpetuándose cada vez más la estigmatización, violencia y rechazo hacia ellos, sumándose a que previamente son excluidos y estigmatizados por su situación de pobreza, por ser homosexuales, por ser prostitutas, o ser inmigrantes latinoamericanos.

Tanto la TBC como las ETS, incluido el VIH/SIDA afecta cada vez más a los grupos más vulnerables. En la antigüedad, si bien no existían muchos datos al respecto, “toda la humanidad estaba expuesta a las epidemias”, morían poblaciones enteras sin distinción de clases sociales, de hecho varios de nuestros próceres o artistas, murieron con sífilis y/o TBC. En la actualidad las epidemias y hasta las catástrofes naturales están afectando con mayor crueldad a las poblaciones más vulnerables.⁹⁴

Ya que estas conductas no han desaparecido, a pesar del acceso a la información, esta sistematización intenta que cada persona que tenga acceso a su lectura se interiorice de la realidad cotidiana de de las personas con identidad de género Trans femenino (algunas infectadas con el VIH y otras enfermas de SIDA) como así también la realidad cotidiana de una familia inmigrante boliviana (con un miembro con TBC) y generar de esta manera, una actitud empática, comprensiva y de

⁹⁴ Dr. Stein H. (2011) Diplomatura en Salud Mental y DDHH. Facultad de Derecho UNMDP. Segunda Cohorte.

no juzgar pudiendo generar utópicamente la no discriminación y respeto por la individualidad de cada ser humano.

La práctica pre profesional del Servicio Social en el INE ha sentado las bases de esta sistematización. A partir de la cual fue posible conocer el quehacer del Trabajo Social en dos problemáticas de Salud Pública como son la TBC pulmonar y el VIH/SIDA a través de los niveles de intervención de Caso Social Individual y Grupal respectivamente.

Se ha respondido de una manera satisfactoria a todos y cada uno de los objetivos propuestos, reflexionando, comprendiendo e interpretando: por una parte, el seguimiento y diagnóstico social de Juana, una persona de nacionalidad boliviana con TBC pulmonar, identificando sus procesos protectores, destructivos y resilientes, como así también las estrategias de vida implementadas por la familia Rodríguez, en relación con el proceso migratorio y el diagnóstico de TBC. Y por otra parte, se ha logrado conocer, reflexionar e interpretar acerca de la experiencia pre profesional con un grupo de personas con identidad de género Trans Femenino, algunas de las cuales poseen VIH y otras enfermas con SIDA, logrando identificar el proceso y desarrollo del grupo y los procesos protectores, destructivos y resilientes que poseen.

Tanto en las intervenciones de Trabajo Social de Caso Social Individual, como en las intervenciones de Trabajo Social de Grupo, se ha enfocado el quehacer profesional en comprender a la salud como un proceso histórico - social, entendiendo las motivaciones de las personas propiciando su autonomía, asistiendo y apoyándolos en el conocimiento y recuperación de sus Derechos Humanos.

El rol del Trabajador Social en el Programa Nacional de TBC tiene como meta fundamental, conocer las circunstancias que conducen a la población que enferme de TBC, y contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

En primera instancia se consideró a Juana como beneficiaria del subsidio de Ayuda al Paciente Tuberculoso Ley 10.436 y del Programa Municipal de Ayuda Alimentaria y que el Tratamiento de TBC sea autoadministrado. Se evalúan como procesos protectores que Juana posee una red familiar con lazos fuertes y conciencia de la enfermedad en relación a su auto cuidado como así también con sus pares.

En los nueve meses del tratamiento se han llevado a cabo entrevistas mensuales con Juana como así también con los miembros de su familia de manera alternada.

Existe la representación social en las instituciones de salud, que las personas de nacionalidad boliviana abandonan los tratamientos de TBC sin embargo Juana, no sólo completó el tratamiento médico sino que también demostró convertirse en Promotora de la Salud con los miembros de su familia, y con sus compatriotas de la quinta de frutillas. Así mismo incorporó alimentos nutritivos en su dieta alimentaria, mejorando notablemente su salud y su calidad de vida, considerando todos estos aspectos como parte de los procesos protectores y resilientes que posee la persona.

Las entrevistas en el Servicio Social del INE, fueron en profundidad, en donde los aspectos abordados giraron en torno a un conocimiento profundo de su historia de vida, logrando crear una relación positiva entre el Trabajador Social y la persona, en donde se movilizaron sentimientos logrando que la situación sea más emocionalmente fluida aumentando la posibilidad de realizar cambios.

El contenido de estas entrevistas lo formaron dolorosos asuntos de incumbencia personal en relación a situaciones pasadas sin resolver y deseos futuros. En relación a las primeras se definió de manera conjunta el significado de las palabras Derecho y Obligación relacionando estos, con su rol de madre, los derechos de su hija y la necesidad de retomar contacto con su ex pareja quien desconoce la existencia de una hija. En cuanto a las segundas quedaron planteadas sus expectativas y deseos

futuros sin ser alcanzadas ya que se evalúa como proceso destructivo en la persona las exigencias que demanda el trabajo en la quinta de frutillas, ya sea por la cantidad de horas diarias que impide la planeación de actividades paralelas y la escasa remuneración laboral, la cual está destinada a la subsistencia familiar; como así también su deber como madre y la dedicación exclusiva a ella que demanda su padre.

Los problemas, preocupaciones y motivaciones de las generaciones pasadas y los resultados que lograron con sus esfuerzos, pueden enseñar muchos a las nuevas generaciones, que luchan por mejorar sus condiciones de vida. Por lo tanto mediante entrevistas semi estructuradas a los miembros de la familia Rodríguez, de habla castellana, se lograron alcanzar los objetivos planteados para esta sistematización y conocer las estrategias de vida y características de la familia en relación al proceso migratorio y al diagnóstico de TBC.

Frente a la crisis social y económica que atravesaba Bolivia, la familia decide migrar a la Argentina, la cual ofrece mejores condiciones de vida para todos los miembros: en relación al empleo, la salud y la educación (ausentes en Bolivia) y en el país receptor, acceden a un trabajo marginal, donde se requiere mano de obra con salarios muy bajos; como así también a la salud y educación pública.

Hay determinados elementos culturales de carácter material, simbólico y emotivo que se ponen en juego cuando emigran, y la familia R. no fue la excepción. Sufrieron distintas situaciones en donde no sólo afrontaron el desapego y abandonar a su país de origen, su tierra, sus vecinos, sus amigos, su familia y a sus hijos varones mayores, sino que a causa de esto fueron víctimas de situaciones de violencia y maltratos en el país de destino, debido a su condición de ilegalidad y clandestinidad.

La decisión de migrar, es una huida al hambre, en desmedro de sufrir maltratos, discriminación, y violencia en su llegada al país por parte de la policía y empleados. A pesar de ser actualmente ciudadanos argentinos y no ser ni ilegales, ni

clandestinos constantemente padecen situaciones de rechazo, discriminación y segregación en distintos ámbitos educativos, administrativos y de salud.

La familia Rodríguez, ha desarrollado ciertas estrategias adaptándose al nuevo lugar de vida, a sí mismo mantienen ciertas lógicas de funcionamiento y de desarrollo familiar.

Las estrategias de vida que han desarrollado son netamente adaptativas en relación a la alimentación, el tipo de familia y la fecundidad. Las mujeres jóvenes de la familia inmigrante, tienen como rol fundamental la producción para el ingreso familiar, quedando la reproducción en un aspecto secundario en prioridad, y se denota una reducción en la cantidad de hijos de ellas, en comparación a sus progenitores. Sin embargo continúan siendo las responsables de las tareas domésticas.

En cuanto a la situación de salud y las estrategias de curación - sanación, los cambios han sido puramente resilientes como respuesta a situaciones traumáticas que la familia ha tenido que vivir. (Fallecimiento de Ester enferma de TBC y fallecimiento de un bebé por negligencia en el parto)

En la esfera privada, mantienen sus tradiciones, y el idioma quechua. En la esfera pública se comunican en castellano y "toman mate". Todos los miembros se organizan para la obtención y consumo de recursos.

La realidad cotidiana de las personas inmigrantes posee rasgos comunes con las personas de identidad de género Trans femenino y han sido conocidos en esta sistematización. Ambas poblaciones generalmente, son consideradas diferentes y son vulnerables en la sociedad actual, accediendo con muchas dificultades a la información y a la atención sanitaria y legal que necesitan.

A través de la experiencia del Trabajo Social de Grupo con las personas Trans Femeninas, se logró comprender la vida cotidiana de esta población, la cual se

desarrolla mayoritariamente en la "calle" debido a su situación socio- familiar y principalmente por ejercer la prostitución.

Al ser excluidas del mercado formal, encuentran en el trabajo sexual, una estrategia de supervivencia, pero este las expone constantemente a situaciones de violencia, de maltratos, de drogas legales e ilegales generando competencia entre sus pares y situaciones de abandono.

Algunas Trans desean incorporarse al mercado formal, ayudar a sus pares en relación al autocuidado en las relaciones sexuales, prevenirlas en relación a las Enfermedades de Transmisión Sexual, como así también mejorar la adherencia a los antirretrovirales quienes poseen el VIH o las que ya están enfermas de SIDA.

Estos procesos protectores, son descubiertos luego de varias intervenciones en el Servicio Social del INE con esta población, evaluándose como necesario abordarlos de manera grupal con el fin de crear Agentes Promotores de la Salud, bajo el eje general de Calidad de Vida y Antirretrovirales.

El rol del Trabajo Social en cuanto al Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus del Humano, SIDA Y ETS es netamente de prevención, siendo el elemento esencial en su intervención en los tres niveles: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. Previniendo se mejorara el nivel de vida de las personas y de la sociedad en general; intentando disminuir el número de infectados por el VIH, y otorgando información precisa y adecuada también se intenta reducir el nivel de marginación y mejorar la atención del infectado y/o enfermo de VIH/SIDA.

Así, se desarrollaron distintas estrategias de intervención en cada encuentro grupal, para abordar las temáticas: identidad, adherencia a los antirretrovirales, autoestima, maltrato, violencia, explotación sexual y laboral e inserción laboral. Quedando sin tratamiento exclusivo las temáticas de cirugías, prótesis e implantes debido a la disolución del grupo.

Se identifican como procesos destructivos existentes en las integrantes del grupo: las constantes situaciones de maltrato, violencia y explotación sexual y laboral que padecen tanto por vivir en la "calle", por el trabajo sexual que desarrollan, como así también, por parte de las instituciones de salud, educación, jurídicas y de la población en general. La mayoría de ellas no posee un sustento socio- familiar. Las personas Trans manifiestan que las amistades que generan dentro de su ámbito están basadas en conveniencias económicas y en competencia, que no poseen apoyo por parte de profesionales de distintas áreas, y que no son respetadas ni por su identidad de género ni por su seudónimo.

A pesar de sus esfuerzos por mejorar sus condiciones de vida, se encuentran desprotegidas y discriminadas también en las instituciones inmobiliarias, en donde existe un precio muy elevado para alquilar en comparación a la población en general o existe una negación al acceso de una vivienda.

El grupo permite a los individuos que lo integran que crezcan y se realicen. En razón a su participación en el grupo, pero principalmente por su iniciativa en su proyecto de mejorar su calidad de vida, las personas Trans Femeninas refirieron cambios en su cotidianeidad, considerando los siguientes aspectos como parte de los procesos protectores y resilientes:

Martina; comenzó a utilizar como medio de transporte el colectivo público, manifestando sentirse más segura de sí misma; desempeñó actividades de atención al público en una institución de salud. Reparte a sus pares preservativos en los bares y boliches, aunque son aceptados escasamente.

Leticia; desarrolló actividades de costura en los talleres protegidos (Oficina de Empleo Municipal) recibiendo a cambio de su labor \$200 mensuales. Reparte preservativos a sus pares en la "calle" y propuso el desarrollo de cooperativas laborales para los integrantes del grupo.

Marta; trabajó en un centro de Salud Barrial junto a un médico, entregando preservativos y asesorando en la prevención del VIH/SIDA y ETS a la población en general. Asiste a Narcóticos Anónimos.

Maria; asiste a Narcóticos Anónimos. Participó sólo de dos encuentros del grupo ya que representa a ATTTA (Asociación de Travestis Tranvestidos y Transexuales) en charlas, congresos y jornadas que se desarrollan en general en Capital Federal y recibe a cambio una ayuda económica de \$150.

A pesar de que algunas de las personas Trans no han abandonado el trabajo sexual en su totalidad, participan en distintas charlas, capacitaciones, congresos y talleres en relación al Derecho a la Identidad, Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, Promoción de la Salud, y Adherencia a los Antirretrovirales, recibiendo una mínima remuneración económica y paralelamente desarrollan algunas actividades laborales.

A través de este trabajo se reafirma el motivo inicial de complementar a dos problemáticas de Salud Pública como son la TBC y el VIH/SIDA como así también a dos sectores de la sociedad aparentemente disímiles, como son las personas inmigrantes y las personas con identidad de género Trans Femenino, ya que en ambos casos, se encuentran vulnerados sus derechos humanos: a la identidad, a la libertad, a un trabajo digno, a la educación, a la salud, a la vivienda y a una vida digna.

Excluidos del mercado formal, quedan frecuentemente a la merced de las mafias locales. En ambos casos su trabajo es "monitoreado y controlado" por personas que a su vez ejercen poder sobre ellos. Lo destacable, en ambos casos, es que son explotados tanto por sus propios compatriotas (personas inmigrantes) como por personas de su misma identidad de género (personas Trans Femenino). En esta explotación la lógica es, rendirles económicamente a sus "jefes" un porcentaje demasiado elevado en relación al rédito que finalmente disponen para subsistir.

Como Trabajadora Social considero tener la responsabilidad y el compromiso ético de que las intervenciones tengan un análisis crítico de la realidad cotidiana de las personas con las cuales se interviene, promoviendo su participación activa para construir una sociedad más democrática, en donde todos sean *Sujetos de Derecho*, propiciando el reconocimiento y cumplimiento de sus Derechos Humanos.

Los protagonistas de esta sistematización son personas únicas e irrepetibles, con derechos y deberes "...llamados a la libertad, llamados a responder de sí mismo y ante sí mismo por medio de su conciencia, llamados a descubrir el significado o sentido y llamados a realizar los valores, en las situaciones concretas de su historia, motivados básicamente por la voluntad que busca el sentido..."⁹⁵ pero no se les permite Ser. Sus perspectivas encuentran constantes limitaciones y su dignidad es ignorada y juzgada. Viven angustiados por su supervivencia económica, cultural y social; aterrorizados por la violencia y los maltratos; excluidos: económica, social, étnica y culturalmente.

A la discriminación que sufren las personas inmigrantes y las personas de identidad de género Trans Femenino se les suma el padecer enfermedades infecto contagiosas (TBC y VIH/SIDA) tradicionalmente temidas por la sociedad. Esta estigmatización es manifestada en la vida cotidiana y consagrada por los medios de comunicación.

Se considera necesaria la planificación y elaboración de Políticas Públicas: Sociales y Sanitarias cuya base sea generar una cultura de Derechos Humanos en la sociedad.

Respaldado por el principio de la no discriminación de la Constitución Nacional, Declaraciones, Pactos y Convenios Internacionales; el quehacer del Trabajador Social se debe enfocar en la asistencia y el servicio de estas comunidades, generando y

⁹⁵ Frankl Viktor. (1946) "En busca del Sentido". Barcelona. Editorial Herder.

propiciando, inter, trans o multi disciplinariamente: talleres, cursos y capacitaciones. Cuyo eje sea el reconocimiento de los Derechos Humanos de las personas inmigrantes, de personas de identidad de Trans femenino, de las personas infectadas de VIH y o enfermas de TBC o SIDA. Coordinados con los protagonistas, siendo ellos mismos los actores principales y con la participación de personas de toda la sociedad, para que se conozca la realidad cotidiana, las necesidades, las preocupaciones y los deseos de estas personas, para que se los “vea” como seres humanos y no como definiciones, clasificaciones ni categorías a evaluar ya que “...cuando se cambia la forma de mirar las cosas, las cosas cambian de forma...” (Jorge Perez; 2010).

BIBLIOGRAFIA

- Alayón, Noberto. (1980): "Historia del Trabajo Social en la Argentina." Editorial CELATS. Lima, Perú. Nueva Edición: Espacio Editorial, Buenos Aires, 1992.
- Arendt, Hanna. (2003): "La Condición Humana." Buenos Aires. Argentina. Editorial Paidós.
- Becerra Fernández, Antonio. (2003): "Transexualidad. La búsqueda de una identidad. Madrid. Editorial Díaz De Santos.
- Benencia, Roberto. (2005): "Migración Limítrofe y Mercado de Trabajo Rural en la Argentina. Las Estrategias Familiares de las familias migrantes en la conformación de comunidades Transnacionales."
- Berardi Ana Laura. (2005): "Estrategias de Trabajo, de Vida y de Supervivencia" Grupo de Estudios Regionales. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Centro Humboldt.
www.webiigg.uba.ar/pobmigra/archivos/socioso/M74_Ana_Laura_Berardi_pdf
- Bloch, Claudio; Yedlin Gabriel Eduardo; Diosque Máximo Andrés; Manzur Juan Luis. (2008): Boletín sobre el VIH/SIDA en la Argentina. Año XII. Número 26. Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. Programa de Lucha contra los retrovirus humanos VIH/SIDA y ETS.
- Breilh, Jaime. (2002): "Epidemiología Crítica Emancipadora". Editorial Lugar.

- Carballeda Juan Manuel. (1997): "Exclusión y Ciudadanía. Nuevos Interrogantes en la práctica del Trabajo Social". Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales.
- Carballeda, Alfredo Juan Manuel. (2006): "El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención. Del orden del discurso al estallido de la sociedad. Editorial Espacio.
- Carballeda, Alfredo Juan Manuel. (1997): "Exclusión y Ciudadanía. Nuevos Interrogantes en la práctica de Trabajo Social". Buenos Aires. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales."
- Castellanos Beatriz. (1998): "La Perspectiva de Redes Naturales: Un Modelo de trabajo para el Servicio Social." Argentina. Ed. Humanitas.
- De Robertis, Cristina. (1988): "Metodología de la intervención en Trabajo Social". Editorial El Ateneo.
- Demarchi, Mariela. Tesis doctoral: "Conformación de redes sociales entre inmigrantes bolivianos en la ciudad Recreo y Montevera. El caso del cinturón frutihortícola Santafesino .www.geográficos.com.ar
- Eroles, Carlos. (2005): "Glosario de Temas Fundamentales en Trabajo Social". Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Frankl Viktor. (1946): "En busca del Sentido". Barcelona. Editorial Herder.
- Gómez Gil, Ester; Esteva de Antonio, Isabel. (2006): "Ser Transexual". Editorial Glossa. Barcelona.
- Gorbacz, Leonardo. (2009): "Discriminación y SIDA". www.alfinal.com/Salud/discriminacion.php
- Grimson, Alejandro. (2000): "Fronteras, naciones, e identidades en el Cono Sur". Buenos Aires. Editorial La Crujía.

- Hales, Robert; Yudofski, Stuart. (1996): "Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual." Tratado de Psiquiatría. Segunda Edición. Barcelona. Editorial Ancora.
- Halminton, Gordon. (1984). "Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos". México. Editorial La Prensa Mexicana.
- Hamilton Gabriela; Pené María; Aymá Andrea; Fenoy Dolores; Kuperman Gabriela. (2004) Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina. Año XI. Número 23. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. Programa de Lucha contra los retrovirus humanos SIDA y ETS.
- Instituto Nacional de Epidemiología. (2007) Manual Curso de Epidemiología Básica.
- Jornadas Buenos Aires. (2008) "Migración, Construcciones identitarias y memoria". www.argentina.indymedia.org/news/2008/05/601206.php
- Kadushin, Alfred. (1983): "La Entrevista en Trabajo Social." México. Editorial Textos Contemporáneos.
- Magrassi, Guillermo; Maya, Maria; Frigerio, Alejandro (1985) "Cultura y Civilización desde Sudamérica. Etnocentrismo y Relativismo Cultural." Buenos Aires. Editorial Búsqueda.
- Melano, María Cristina. (1997): "Pistas para la Sistematización de técnicas participativas en Trabajo Social." Anuario Departamento de Servicio Social. Año 2. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Mendez, Jimena. (1998): "Modelo Clínico de la intervención Psicosocial." Revista de Servicio Social. Volumen 1. Número 1. Universidad de Concepción. Facultad de Ciencias Sociales. Chile.
- Mircandal, Leila; Castor, Malena. (1997): "Hacia la integridad en la gestión comunitaria en Salud."

- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Secretaria de Salud. (1986): "Tuberculosis, Formación para docentes y educadores sanitarios." Buenos Aires. Argentina.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2005): Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina. Año X, Número 24. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2004): Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina. Año XI, Número 23. Buenos Aires.
- Moscovici, Sergei. (1993): "Psicología Social. Tomo III. Pensamiento y Vida Social y Psicología Social y Problemas Sociales." Barcelona. España. Editorial Paidós.
- Mustieles Muñoz David; Kisnerman Natalio. (1997): "Nueva Guía para la Sistematización de procesos grupal. Buenos Aires. Editorial Lumen Humanitas.
- Mustieles Muñoz David; Kisnerman Natalio. (2001): "Sistematización de la práctica con grupos. Quién le teme a la Sistematización." Buenos Aires. Editorial Lumen Humanitas.
- Orozco Africano, Julio Mario. (2006): "Evaluación de las Políticas Públicas de Salud en la ciudad de Cartagena."
- Pareja, Guillermo. (1979): "Comunicación y Resistencia. Visión del Ser Humano." Antropología Existencial. México. Editora Premiá.
- Perlman, Helen. (1965): "El Trabajo Social Individualizado." Madrid. Editorial Rialp. S.A.
- Pichón Riviere. (1985): "El Proceso Grupa: Del Psicoanálisis a la Psicología Social." Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.
- Planells Verger Antoni. (2004): "Sistematización de Experiencias en América Latina. Una Propuesta para el análisis de la acción colectiva desde los movimientos sociales." www.alboan.org/archivo/353.pdf

- Quiroz, Teresa; Mongan María de la Luz. () “La Sistematización. Un intento conceptual una propuesta de operacionalización”.
- Richmond, Mary (1993): “Caso Social Individual”. Editorial Humanitas. Buenos Aires. (primera edición 1992 Russell Sage Foundation, New York)
- Sandoval Ávila Antonio. (2001): “Propuesta Metodológica para Sistematizar la Práctica Profesional del Trabajo Social.” Editorial Espacio.
- Schinder, Eduardo; Carrasco Néstor (2002): “Cambios alimentarios de inmigrantes Quechuas- Aymaras en la Argentina. Estudio semicuantitativo en poblaciones de la zona de Sierras de los Padres. Provincia de Buenos Aires”.www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/virtual2002/eduardoosindshinder.htm
- Schvarstein, Leonardo. (1992): “Psicología de las Organizaciones”. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Servicio Social del Instituto Nacional de Epidemiología. (2006) Boletín “Epidemiología y Trabajo Social.” Instituto Nacional de Epidemiología. Mar del Plata.
- Torrado, Susana (1982): “Enfoque de las estrategias de vida en América Latina. Editorial CEUR Centro de Estudios urbanos y Regionales.”
- Torres Uría; Margarita Ruth. (2002): “Estudio Comparativos en enfermos de tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social”. Lima. Perú.
- Torres Zelia (1982): “Grupo, como instrumento del Trabajo Social.” Buenos Aires. Editorial Humanitas.
- Zúñiga, Ramos Joaquín; Pérez, Lina Edith; Quiroz, Verónica; Vargas Alarcón, Gilberto; García, Andrea; Ronvaldo, Oliver. (2000): “Aspectos

inmunogenéticos de la tuberculosis pulmonar.” Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias México.

ANEXOS

INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA (Localización Geográfica)



Presta los siguientes servicios:

Biblioteca “Dr. Mario H. Zerbini” del Instituto Nacional de Epidemiología “Dr.

Juan H. Jara”: fue creada el 2 de abril de 1947 y fue llamada así, en homenaje a un prestigioso médico que integró el equipo del Área Piloto de Demostración de Lucha Antituberculosa y cuyo fallecimiento inesperado se produjo en 1966.

Los días y horarios de atención de la Biblioteca son los siguientes:

Atención: lunes a viernes de 07.30 a 13 hs. Bib. Documentalista M. Victoria

D'Albuquerque.e-mail:info@ine.gov.ar

Promoción de la salud

Servicios a la comunidad | Consultorios externo: cuenta con consultorios externos

que funcionan en las instalaciones ubicadas en la calle España y Ayacucho de este medio Las especialidades que asiste este Instituto son: TBC y Enfermedades Respiratorias Agudas, ETS y SIDA, Chagas, Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Zoonosis.

Los consultorios externos funcionan de lunes a viernes en el horario de 8.30 hs a 11.30 hs.

Servicios a la comunidad | Enfermería: El Instituto cuenta con un consultorio de

Enfermería en el cual se efectúan aplicaciones de PPD, los días lunes, martes y viernes.

Esta reacción debe contar con su correspondiente lectura a las 72 hs., por lo cual esta se efectúa los días jueves, viernes y lunes, en el horario de 8.00 a 13.00 hs.-

Servicios a la comunidad | Farmacia: atiende de lunes a viernes en el horario de

8.00 a 14.00 hs.-

Servicios a la comunidad | Laboratorio: atiende al público de Lunes a Viernes en el

horario de 8.00 a 14 hs. Las extracciones y tomas de muestra se realizan entre las 8.00 a 10.30 hs.

Servicios a la comunidad | Rayos: atiende de Lunes a Viernes en el horario de 7.30

a 12.00 hs.-

Servicios a la comunidad | Servicio social

- Atención e Investigación de problemáticas sociales relacionadas con: Enfermedades de Transmisión Sexual (Sífilis, Blenorragia), y VIH/SIDA, Tuberculosis, Violencia Sexual, tabaquismo. (Encuestas, Entrevistas y seguimientos sociales).
- Tramitación de inclusión a Programas de alimentos para personas con VIH/SIDA en tratamiento con antirretrovirales.
- Orientación y asesoramiento sobre recursos institucionales y comunitarios destinado a la atención de dichas problemáticas y asociadas, destinada a la resolución de las mismas y al aprovechamiento de los recursos existentes.
- Tramitación de Subsidios Ley. No 10.436 para personas en tratamiento por tuberculosis en el INE, destinados a la resolución de problemáticas socio-económicas transitadas por los mismos.
- Información y educación en problemáticas sociales relacionadas con las situaciones mencionadas.
- Supervisión de campo de prácticas profesionales de pre-grado (U.N.M.D.P.) y post-grado para profesionales del Servicio Social de la ciudad y del país.
- Acciones preventivas y educativas destinadas a la atención y control de contactos (familiares, laborales, escolares) de personas con Tuberculosis de la ciudad de Mar del Plata y la zona.
- Talleres y charlas educativas acerca de las temáticas asistidas (poblaciones de riesgo). Temas: VIH/SIDA, Tuberculosis, Violencia Sexual, Sífilis y Blenorragia, tabaquismo.

Vigilancia:

- * Se coordinó junto a la Dirección de Epidemiología de la Provincia de Buenos Aires la actividad del Instituto como Laboratorio de Referencia frente a posibles brotes de Difteria de pudieran producirse en la región.
- * Se dio inicio a la Vigilancia de Influenza en diversas Unidades Sanitarias dependientes del Municipio de General Pueyrredón.

* Participación en "Fortalecimiento de la Vigilancia de Influenza en la Argentina", conjuntamente con el INER y la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

* Participación en la Vigilancia Epidemiológica de Gripe y Diarreas, durante el Encuentro de Ministros de Salud de las Américas.

* Concurrencia a Reunión por Plan de Pandemia de Influenza en el Ministerio de Salud (Dirección de Epidemiología) para presentar ampliación y oficialización de Plan elaborado en el Instituto.

* Participación en la implementación de la Vigilancia Epidemiológica por Unidades Centinela de Lesiones por Causas Externas en distintas provincias argentinas.

* Vigilancia de Infecciones Hospitalarias en 70 hospitales del País.

Servicios a las provincias:

* Soporte Tecnológico por parte del Departamento de Laboratorio y Referencia a las Provincias de: Buenos Aires, La Pampa, Río Negro y Santa Cruz.

* Transferencia de Metodología a las Provincias de: Entre Ríos, San Luis, Chubut, Río Negro; Buenos Aires, La Rioja, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Catamarca, Jujuy y Santiago del Estero.

* Transferencia de Conocimiento a las Provincias de: Buenos Aires, Entre Ríos, Santa Fe, Santa Cruz, La Pampa, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Chubut, Tucumán y Misiones.

Logros sobresalientes:

* La Asociación de Mujeres de Negocios y Profesionales de Mar del Plata otorgó el Premio Anual e Internacional de "Candelas" a tres (3) Profesionales de la Institución por su accionar destacado en tareas comunitarias de la Ciudad de Mar del Plata a través del desarrollo del Programa de Delitos Contra la Integridad Sexual y el Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias.

* El círculo de Periodistas Deportivos y la Fundación Toledo otorgaron el Premio "Lobo de Mar 2005", en el rubro "Investigación Científica", por el desarrollo del software que

soporta el Programa Nacional de Vigilancia y Control de las Infecciones Hospitalarias. Es el Premio más importante que se otorga a la investigación científica y al cual aspiran las Universidades y Centros o Institutos de Investigación de la ciudad.

Acuerdos cooperativos:

Con el Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro.

Información a la comunidad:

Se realizaron diversas notas periodísticas en prensa escrita (11), radial: AM (6), FM (5) y televisiva (20), sobre prevención de enfermedades y temas sanitarios de interés para la comunidad general.

Áreas a las cuales se dedica:

- * Atención primaria de la salud
- * Educación Sanitaria
- * Foco de enfermedad infecto- contagiosa
- * Sexualidad
- * HIV/ SIDA
- * Delitos contra la integridad sexual
- * Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)
- * Tuberculosis
- * Enfermedades Agudas Respiratorias (no Asma)

Usuarios:

- * Adultos jóvenes- Hombres y mujeres
- * Ancianos
- * Discapacitados
- * Extranjeros
- * Niñez

Actividades, programas y proyectos en ejecución:

PROGRAMAS

- * Enfermedades Transmitidas por Alimentos y Zoonosis
- * Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA
- * Infecciones Hospitalarias
- * Enfermedades Respiratorias y Tuberculosis
- * Gripe
- * Lesiones

* Otras enfermedades no transmisibles

I. El Instituto cuenta con un staff de planta permanente conformado de la siguiente manera:

10 Profesionales Médicos; 2 Asistentes Sociales; 2 Médicos Veterinarios - Bacteriólogos; 4 Lic. En Psicología; 3 Lic. En Química; 1 Bioquímica; 1 Prof. Universitaria; 1 Bacterióloga; 2 Farmacéuticas; 4 Téc. En Estadística; 20 Administrativos; 11 Técnicos y Aux. de Laboratorio; 2 Informáticos; 12 Servicios Generales; 7 Enfermeras; 2 Auxiliares de Farmacia; 2 Técnicos Radiólogos. El Instituto cuenta con un plantel de 13 personas contratadas entre profesionales, administrativos y otros.

El personal está organizado bajo dos escalafones: el SINAPA (Sistema Nacional de la Profesión Administrativa), incluye a los no profesionales (personal de mantenimiento, limpieza, administrativos y jefaturas administrativas). Se divide en letras (A hasta F) y cada una en corrimientos del 1 al 10; y el 277 que incluye a los profesionales de la Salud, también se divide en letras y corrimientos del 1 al 10.

Las jefaturas se acceden por concurso, sin embargo actualmente la mayoría no están concursadas por lo que no cobran por ese cargo.

En la institución se observa la presencia de 2 sindicatos que nuclean a los trabajadores: ATE (Asociación de Trabajadores del Estado) y UPCN (Unión Personal Civil de la Nación)

Convenios:

El Instituto ha celebrado convenios de colaboración con diversas instituciones y organismos Locales, Nacionales e Internacionales como así también con empresas.

-Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias Veterinarias

- Universidad Nacional de La Plata: Facultad de Ciencias Médicas Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad: Cátedra de Higiene, Medicina Preventiva y Social, Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud

- Instituto Universitario de Infectología
- Universidad de Fraternidades Santo Tomás de Aquino, FASTA "Proyecto Sistema Informático para Vigilancia Nacional de las Infecciones Hospitalarias"
- Facultad de Ingeniería - Área Informática
- Empresa Microsoft/ Software informático
- Universidad Nacional de Río Cuarto: Facultad de Ciencias Exactas, Físico Químicas y Naturales
- Universidad Nacional del Comahue: Centro Regional Universitario Bariloche
- Universidad del Salvador Facultad de Medicina
- Universidad Andina Simón Bolívar - Sucre - Bolivia: - Instituto Superior de Ciencias Médicas
- Instituto Superior de Ciencias Médicas "Calixto García" - La Habana - Cuba.
de Informática y Estadística - INE

Fuentes de financiamiento: gubernamental y a través de convenios con diferentes instituciones.

Organigrama:

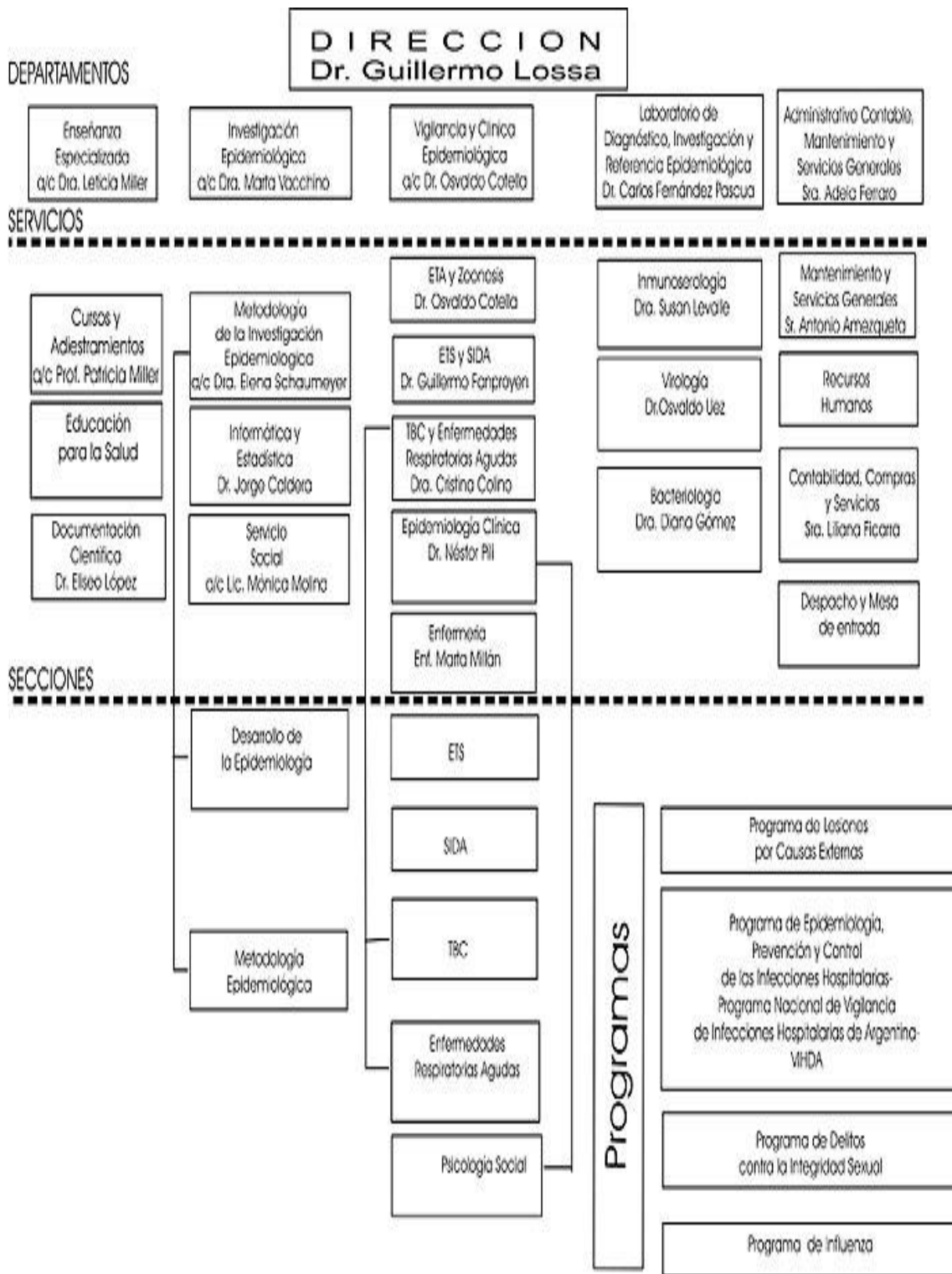
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: Dr. Gines González García

Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias: Dra. Graciela Rosso

Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud

"Dr. Carlos G. Malbrán" ANLIS: **Dr. Gustavo Ríos**

Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara": **Dr. Guillermo Ricardo Lossa.**



➤ **Instrumentos de Registro y Sistematización de los datos**

INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

“DR. JUAN HECTOR JARA”

PROGRAMA DE TUBERCULOSIS - ENCUESTA SOCIAL Y DE CONTACTOS

Apellido y nombre:.....

Edad:.....Sexo:.....H.CI.Nº.....Fecha:...../...../.....

Domicilio:.....Tel:.....

Lugar de nacimiento:.....Instrucción:.....

Lugar de trabajo:.....Ocupación:.. *Transitorio* *Efectivo*

Ingresos:.....Obra social o mutual:.....

Condiciones generales de la vivienda: *Propia* *Alquilada* *Cedida*

Buena *Regular* *Mala*

Características:.....

.....

Religión:.....Activista:.....Alcoholismo: *Si* *No*

Núcleo familiar y convivientes:

<i>Apellido y Nombre</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Edad</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Instrucción</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Ingresos</i>

Total de ingresos:.....

Predisposición para el tratamiento:.....

.....

Colaboración familiar para el tratamiento:.....

.....

Diagnóstico social:.....

.....

Socialterapia:.....

.....

Observaciones:.....

.....

Tratamiento supervisado - Sala:.....

Tratamiento autoadministrado - Responsable:.....

.....

FIRMA

Seguimiento social:.....

.....

INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA "DR. JUAN HECTOR JARA"

ENCUESTA DE CONTACTOS - TBC

Apellido y Nombre:.....H.Ci.....

<i>Cat. Nº</i>	<i>Apellido y Nombre</i>	<i>Relación</i>	<i>Edad</i>	<i>1º Control</i>	<i>2º Control</i>	<i>Quimi o</i>

Observaciones:.....

.....

.....

Firma - Fecha

INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA "DR. JUAN H. JARA"

TRATAMIENTO SUPERVISADO - PLANILLA DE CONTROL DE TRATAMIENTO

Apellido y Nombre:.....H.C.I.Nº.....

Domicilio:.....Edad:.....

Sala:.....

<i>Fecha</i>	<i>Droga</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>	<i>Droga</i>	<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>	<i>Droga</i>	<i>Firma</i>

INFORMACION PARA EL PACIENTE

LEALO ATENTAMENTE

La enfermedad que usted padece es TUBERCULOSIS.

La TUBERCULOSIS es una enfermedad trasmisible de persona a persona por la TOS.

La TUBERCULOSIS es una enfermedad perfectamente CURABLE y su tratamiento GRATUITO.

El tratamiento es AMBULATORIO, usted no debe internarse y puede convivir con su familia en forma normal.

Su familia deberá ser CONTROLADA los días LUNES, MARTES o VIERNES de 8.00 a 11.00 horas y de ser necesario será protegida con medicación para evitar la enfermedad.

Si usted cumple con el tratamiento la posibilidad de contagiar es escasa.

El tratamiento tiene una duración de 6 meses como mínimo y consta de 2 etapas. Durante la PRIMERA que dura 2 meses recibirá medicación en comprimidos e inyectables todos los días. Durante la SEGUNDA etapa recibirá medicamentos 2 veces por semana durante un periodo que variara de acuerdo a su evolución y diagnóstico.

El tratamiento es SUPERVISADO: significa que debe tomar la medicación en el CENTRO al cual será derivado.

La curación DEPENDE DEL ESTRICTO cumplimiento del TRATAMIENTO de lo contrario la enfermedad se agrava, con riesgo para usted y su familia.

Usted debe consultar mensualmente a su médico (cada 30 días). Para ello debe solicitar turno personalmente o por los teléfonos:

* **473-1506**

* **473-2750**

* **473-0379.**

Ante cualquier dificultad comuníquese con su médico o la enfermera lo antes posible.

SERVICIO SOCIAL INE

PROGRAMA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y SIDA - INE

ENCUESTA SOCIAL Y DE CONTACTOS

H.C.I.Nº.....Fecha:.....

A.- DATOS PERSONALES:

1.- Apellido:.....

2.- Nombre:.....

3.- Edad:.....

4.- Sexo: Femenino Masculino.

5.- Lugar de nacimiento:.....

6.- Fecha de nacimiento:.....

7.- Estado civil: Soltero Casado Viudo Unido de hecho

Divorciado

Domicilio:.....

Localidad:.....

Provincia:.....

Teléfono:.....

Obra social:..... N° afiliado:.....

Posibilidad afiliación a/c:..... Cuál?.....

Domicilio y Te. Familiar/Amigo:.....

8.- Procedencia:.....

9.- Años de residencia en la ciudad:.....

10.- Si no es de la ciudad, exprese motivos traslado y/o radicación en ésta:.....

11.- Escolaridad: Analfabeto Primario Inc. Primario Comp. Secundario Inc.
Secundario Comp. Universitario Inc. Universitario Comp. Terciario

12.-Profesión:.....

13.- Ocupación: Artesano Técnico Profesional Obrero C/Relac. Depend.
S/Relac. Depend. Empresario Comerciante Empleado Estudiante
Cuenta Propia Ama de Casa Prostituta Sin Ocupación

14.- Conducta sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual
C/Preservativo

N° de Contactos Anuales:.....

15.- Drogadependencia: Si No

Tiempo de Adicción:.....

Continúa a la fecha? Si No

Vía inicial:.....

Vía actual:.....

Forma de inicio:.....

Quién?:.....

Cómo?:.....

Dónde?:.....

Participó en Prog. de Rehabilitación: Si No

Cuál?:.....

Fecha:.....Completó?: Si No

Si es NO por qué?.....

16.-Religión: Cuál?:.....

17.-Utilización del tiempo libre:.....

18.- Vivienda: Propia Alquilada Cedida

Tipo: Casa/Dto. Pensión/Hotel Hab. en casa de flia.

Características: Precaria Modesta Estándard Confortable

Adecuación: Adecuada Medianamente adec. Inadecuada

GRUPO CONVIVIENTE:

Apellido y Nombre	Edad Sexo	Ocupación Parentesco	Interés en el problema	Infectado	Grupo de Riesgo

BREVE RESEÑA - FLIA. – ORIGEN.....

.....

PROTAGONISMO DEL PACIENTE EN EL TEMA:

19.- Modificación de conductas a partir del diagnóstico: Sociales Sexuales De
Adicción Otras

Cuáles?:.....

20.- Causas de modificación o no:.....

21.- Conocimiento del diagnóstico desde:.....

22.-Cuál es a su criterio la razón por la cual se encuentra infectado?:.....

.....
.....

- Cómo solucionaría el problema social del SIDA?:.....

.....

24.- Estaría dispuesto a colaborar si la respuesta es SI, cómo.....

.....
.....

Apellido y Nombre o Apodo	Edad Sexo	Relación	Tipo de contacto Sexo	Tipo de contacto Droga	Tiempo de exposición	Control Si/No	Infecta do Si/No

ANTECEDENTES PENALES: Si No

.....

DERIVACIONES: Grupo de auto-ayuda Atención psicológica

Prog. de Rehabilitación

Otras:.....

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

Firma:.....

- SEGUIMIENTO SOCIAL:

Fecha:.....

- Qué conoce acerca del tratamiento y sus resultados?.....

.....

- Alguien conoce su diagnóstico? Quién?.....

.....

- Hábitos rutinarios que sirvan como referencia para la toma de medicación:.....

.....

- Tiene actividad laboral? Tendría inconveniente en ese horario para la toma de medicación?.....

.....

...

- Visualiza inconvenientes que se le pueden presentar para comenzar el tratamiento?

.....

.....

- Qué le ayudaría en el tratamiento?.....

- Estrategias:.....

.....

OBSERVACIONES:.....

.....

Firma:.....

Recomendaciones que facilitan la adherencia al tratamiento antirretroviral.

- ❖ Recuerde que una vez que ha acordado iniciar, conjuntamente con su médico, un tratamiento con antirretrovirales, es de suma importancia EVITAR INTERRUPCIONES Y ABANDONOS.
- ❖ Es importante que tome TODOS los comprimidos indicados por su médico, respetando los horarios y las ingestas de comida; ya que tomar sólo algunos puede provocar resistencia y perder efectividad el tratamiento.
- ❖ Si tuviera que suspenderlos por alguna razón SUSPENDERLOS TODOS JUNTOS
- ❖ Recuerde no tomar ningún medicamento sin consultar.
- ❖ Es fundamental que comprenda la importancia de la adherencia a los tratamientos, ya que los mismos contribuyen a mantener y/o alcanzar una buena calidad de vida. Recuerde que en la actualidad son muy efectivos y muchas personas que conviven con VIH han logrado adherirse correctamente a los mismos y mantenerse saludables
- ❖ La intolerancia a este tratamiento es poco frecuente; por lo general son bien tolerados por el organismo. Asimismo, si observa malestares en su salud, no dude en dirigirse a su médico para que lo informe y tenga en cuenta su caso
- ❖ Consumir una dieta balanceada y natural (que contenga carnes, cereales, frutas y verduras, harinas, lácteos, etc.) que ayude a una buena absorción de los medicamentos. Evitar las frituras y “comidas chatarras”.
- ❖ Realizar actividad física y/o actividades recreativas, evitar situaciones estresantes, siempre que esté a su alcance y que sea posible.

- ❖ El uso de cualquier tipo de drogas (cocaína, marihuana, alcohol, tabaco, etc.) dificultan la efectividad del tratamiento y perjudican notablemente su estado de salud. Si desea dejar de consumirlas, no dude en solicitar ayuda al equipo de salud de esta Institución para ser asesorado.
- ❖ Si tiene dificultades para retirar periódicamente la medicación, recuerde que puede nombrar un APODERADO que vendrá en su nombre a retirarla (pida el consentimiento en servicio social). Asimismo, es beneficioso si puede tener a alguna persona cercana (familiar, pareja, amigos, etc.) que lo acompañe y colabore en el compromiso con el tratamiento
- ❖ Recuerde que todo el equipo de salud de esta Institución está capacitado para atenderlo, apoyarlo, contenerlo y/ o dar respuestas si presenta dificultades que puedan perjudicar su compromiso con el tratamiento y/o con otras problemáticas relacionadas con el cuidado de su salud.

Servicio Social -Programa de ETS y SIDA- INE

CRÓNICAS

CRÓNICAS:

Caso Social Individual

Caso: JUANA RODRIGUEZ.

La persona se acerca al Servicio Social después de una consulta médica, con el fin de efectuar la encuesta social, correspondiente al circuito normal que se desarrolla en la institución, su diagnóstico es de tuberculosis, con baciloscopia directo positivo +++. La fecha de su diagnóstico es el día 19 de Julio del año 2007.

♦ PRIMERA ENTREVISTA:

- Objetivos:

- ✓ Realizar encuesta social y control de contactos.
- ✓ Informar sobre la enfermedad diagnosticada.
- ✓ Recabar datos para la elaboración de un diagnóstico social.

Luego de dialogar con la persona acerca de la adherencia al tratamiento y las particularidades de la TBC, se procede a conocer y completar los datos los cuales quedaran asentados en la Historia Clínica.

Cabe destacar, al momento de contestar la edad de sus padres surgieron dudas y confusiones por lo que se decide completar el dato al momento del control de contactos.

Fue dificultoso también definir si hermana, cuñado y sobrinos era o no conviviente de Juana, finalmente describiendo que una casa estaba contigua con la

otra y por la cantidad de horas que tienen contacto diario se los define como convivientes del caso índice de TBC.

Juana es oriunda de Potosí, Bolivia. Tiene 19 años de edad.

- Núcleo familiar y Conviviente: Juana vive con su hija Micaela, sus padres Rubén y Marisa y su sobrina Lucia. En casa contigua vive su hermana Rosa con su marido Oscar y sus dos hijos Javier y Federico.

- Predisposición para el tratamiento: Se muestra dispuesta a realizarlo.

- Colaboración familiar para el tratamiento: La paciente concurre a la consulta médica con su hermana mayor Rosa, su padre Rubén, su madre Marisa y su sobrina Lucia, se efectúa primer control de contactos.

Todos manifiestan acompañar y apoyar a Juana en su tratamiento.

- Diagnóstico Social: La paciente convive con sus padres e hija, desarrolla actividades junto a su familia en la quinta donde viven.

Su vivienda se encuentra a más de 30 km de la Sala La Peregrina.

Su hermana Rosa, junto a marido Oscar e hijos Javier y Federico, viven en una casa contigua y pasan varias horas juntas.

Existe una buena contención familiar, predisposición al tratamiento y bajos recursos económicos.

- Social terapia: Debido a las particularidades del caso se evalúa como viable el tratamiento auto administrado.

- Observaciones: La paciente es de nacionalidad Boliviana, cuenta con radicación legal, apta para subsidio. Posee D.N.I argentino desde 1989.

La paciente señala que su hermana, Esther, falleció de TBC hace aproximadamente dos años. Sus hermanas, a las cuales estuvo viendo hasta hace

un mes, actualmente viven en Buenos Aires por temporada de costura en fábricas textiles.

Durante la entrevista se realiza la encuesta social, y se brinda información sanitaria.

Se le informa la importancia de que su red social conviviente asista a la institución a efectuarse el correspondiente control de contactos. A lo que el paciente manifiesta haber sido acompañado por ellos y que podrá ser efectuado el día de la fecha. Por tal razón se efectúa con ellos también educación sanitaria.

Se dialoga sobre la modalidad del tratamiento de esta patología y se la asesora acerca del Centro de Salud más próximo a su domicilio donde podrá realizar la supervisión de su tratamiento. A lo que manifiesta que La Sala la Pelegrina, siendo la más cercana, esta a más de 30 kilómetros de su hogar y debido a que su diagnóstico es directo +++ la doctora le ha recomendado reposo en esta época invernal de año, razón por la cual se considera óptimo el tratamiento auto administrado.

En relación a su situación laboral Juana, transmite su preocupación por el mismo, ya que debe abandonar su trabajo, el primer tiempo de su tratamiento, debido a que al desempeñar actividades de recolección de frutillas y es un ambiente poco propicio para mejorar su estado de salud.

Se indaga acerca de la posibilidad de recibir algún tipo de ayuda momentánea por parte de algún familiar o alguien allegado y comenta que toda su familia trabaja en la huerta cuando es temporada de cultivo o de siembra de frutilla y se alimentan de la cría de animales (como por ejemplo gallinas y pollos). Agregando que en razón de su trabajo el dueño de la quinta le abona cada cinco kilos de frutillas \$1,80. Y que en esta época del año no es estación de frutillas. Se comenta la existencia de un subsidio Ley 10.436, para personas con TBC pulmonar y a lo cual

la paciente cumple los requisitos para efectuarlo ya que posee D.N.I argentino. Como así también se evalúa como propicio incorporar a Juana al Programa Municipal de Ayuda Alimentaria, ya que si bien esto no llegaría a cubrir todas sus necesidades sería un aporte a su dieta alimentaria.

Se acuerda una próxima entrevista para cuando regrese al control médico mensual.

◆ SEGUNDA ENTREVISTA:

- Objetivos:

- ✓ Retomar tópicos de la primera entrevista, clarificar y profundizar algunos temas tratados.
- ✓ Iniciar trámite del Subsidio Ley 10.436 y al Programa Municipal de Ayuda Alimentaria.
- ✓ Comenzar a construir un vínculo que favorezca la intervención.

El día 9 de agosto del 2007, Juana concurre a la consulta médica y luego de esto asiste al Servicio Social. Es acompañada a la institución por hija Micaela y su sobrina Lucia.

Manifiesta que ha llegado a la ciudad su hermana Samantha, luego de haber finalizado la temporada textil en Buenos Aires, a lo que se evalúa como necesario que efectúe el correspondiente control de contactos.

En relación a su hermana Esther, fallecida por TBC, la paciente manifiesta que ella se había efectuado los correspondientes estudios en el INE hace aproximadamente dos años, donde se le diagnosticó TBC pulmonar. Pero que una compatriota les sugirió que abandone el tratamiento médico y que se vaya a vivir a San Luis la cual suponía que al ser una ciudad con clima seco la iba a curar de la TBC. Lamentablemente este método no resultó y falleció. Agrega la paciente que ella

está dispuesta a tomar la medicación correspondiente y efectuar todos los estudios que se consideren necesarios. Frente a esto se efectúa educación sanitaria se enfatiza en el importancia del auto cuidado como el de su familia.

La paciente agrega estar angustiada debido a que su padre Rubén se resiste a la tomar de la medición de quimioprofilaxis preventiva; se acuerda que asista a la institución con él para efectuar una entrevista y educación sanitaria correspondiente.

Se inicia trámite de Subsidio Ley 10436 y también trámite del Programa Municipal de Ayuda Alimentaria.

Una vez concluida la entrevista se acuerda continuar manteniendo el contacto con Lourdes en el transcurso de su tratamiento con el fin de brindar acompañamiento y apoyo social.

En esta segunda entrevista se observa un cambio de actitud de Juana ya que es ella la que plantea las temáticas que le aquejan y se desarrolla un clima que permite la posibilidad de ir construyendo un vínculo positivo.

Se finaliza la entrevista acordando una próxima el mes siguiente cuando asista al control médico.

♦ TERCERA ENTREVISTA:

- Objetivos:

- ✓ Conocer el estado de salud de Juana.
- ✓ Informar acerca de la importancia del control de contactos
- ✓ Retomar y profundizar temas de las entrevistas anteriores.

El día 10 de Septiembre 2007, durante la entrevista, Juana comenta que no visualiza ninguna mejoría en su estado de salud y que se encuentra muy desganada, y cansada y por tal razón la doctora le solicitó efectuarse nuevos estudios médicos. Se

enfatisa la educación sanitaria para canalizar algunas inquietudes que han surgido en la paciente respecto a la acción terapéutica de los medicamentos.

Juana asiste a la institución para acompañar a su hermana Samantha ya que los estudios dieron sospecha de TBC y por lo tanto asiste a consulta médica. Los resultados dan ausencia de enfermedad.

La paciente manifiesta que diez días antes de su diagnóstico de TBC, estuvo viviendo en Buenos Aires con su hermana Roberta, quien trabaja en una fábrica textil y vive con su esposo e hijos. Es de conocimiento de la paciente que en ese período ella aún contagiaba, por lo tanto se comunicó con su hermana, para que se efectúe los correspondientes controles la cual manifiesta que no se puede haber contagiado “a distancia”. Por tal razón Juana solicita nuestra intervención, por lo cual se nos solicita que nos comuniquemos telefónicamente con su hermana para asesorarla acerca de una Institución donde Roberta y su familia pueda efectuar control de contactos.

En este encuentro Juana nos plantea que el anterior caso índice de TBC fue su madre Marisa cual bacilo a su vez enfermó a su hermana fallecida Esther. Frente a este episodio Juana y su madre están al cuidado y crianza de Lucia (hija de Esther).

En cuanto a su grupo familiar está compuesto por: Su madre, padre y trece hermanos: Roberta quien vive en Buenos Aires, Samantha y Rosa quienes actualmente en Mar del Plata, un hermano varón en La Rioja y otro en Bolivia. Los otros seis hermanos han fallecido, Esther por TBC pulmonar y los otros cinco por, como manifiesta la paciente, una “vacuna asesina” que le aplicaron en Bolivia.

Tanto Samantha como Juana manifiestan que no desean volver a Bolivia, que aquí tienen una mejor calidad de vida. En relación a su situación de inmigrantes la paciente relata: El primer integrante de su familia que vino a la Argentina fue su padre en la década del `60 con su hermano (el cual vive en La Rioja actualmente).

El encargado de la quinta, también de nacionalidad Boliviana, donde la familia vive y trabaja; conoce que Juana posee TBC y le solicitó certificado médico para retomar su actividad laboral.

◆ CUATRA ENTREVISTA:

- Objetivos:

- ✓ Conocer el estado de salud de Juana.
- ✓ Retomar tópicos de las anteriores entrevistas, para clarificar y profundizar algunos temas tratados.

El día 1 de Octubre de 2009 Juana asiste al Servicio Social manifestando que todos los miembros de su familia tienen fiebre y esta angustiada por el posible contagio de TBC.

En el espacio de este encuentro Juana plantea que su madre habla en quechua principalmente y su padre también aunque puede comunicarse en castellano. Por esto, se le solicita a la paciente que enseñe quechua para lograr una mayor comunicación con sus padres. Enseñándole frases disparadoras (como por ejemplo saludar) y palabras esenciales para lograr una comunicación.

En relación a su situación de ser madre soltera, plantea que se enteró que estaba embarazada al sexto mes. Estaba cursando el sexto grado de la escuela primaria y abandonó los estudios. En ese tiempo con su familia vivían en la Rioja, cultivando en la quinta de tomates. El padre de Micaela es Riojano, se enteró del embarazo pero cuando Juana se vino a vivir a Mar del Plata perdieron contacto con él. Se efectuó asesoramiento sobre los derechos y deberes de los padres y de los hijos. Principalmente en el derecho de Micaela de poseer el apellido de su padre y saber quién es, como el derecho del padre de conocerla y la obligación de su manutención alimentaria.

Por otra parte, manifiesta también que sus padres no han podido acercarse a la entrevista previamente fijada por no contar con recursos económicos para movilidad; agregando que desde su hogar hasta el Instituto son cuatro colectivos por

persona. Por esta razón se decide gestionar un medio de transporte del Instituto para que puedan asistir a los controles.

◆QUINTA ENTREVISTA:

Con anterioridad a la entrevista, se gestionó el traslado de la familia desde su hogar al Instituto habiendo evaluado su situación económica en esta época del año.

En el transcurso hacia el Instituto me situé próxima a Marisa con la cual intente entablar una conversación utilizando las palabras y frases aprendidas en quechua enseñadas por Juana y aprendidas de manera personal. Dicha situación provocó asombro y risas por parte de todos los integrantes del grupo familiar. Ellos mismos se ofrecieron a corregir mi pronunciación. Esta fue una de las estrategias que crea el Trabajador Social para la construcción y consolidación del vínculo. Esto permitió que una vez en la institución se pudo mantener una entrevista con los padres de Juana y un vínculo que fue profundizándose paralelamente al seguimiento y apoyo social con la paciente enferma de Tuberculosis. Pudiendo de esta manera lograr una adecuada promoción de la salud, efectuando educación sanitaria y prevención de TBC.

- Objetivos:

- ✓ Conocer el estado de salud de Juana.
- ✓ Efectuar segundo control de contactos.
- ✓ Consumar entrevista con la madre y padre de Juana en relación a la adherencia al tratamiento de quimioprofilaxis.

En esta oportunidad se pudo observar el funcionamiento del grupo familiar; analizando que es una familia endogámica con roles difusos y confusos, con una fuerte figura patriarcal:

- Al momento de solicitar del D.N.I de los integrantes del grupo familiar fue el padre, Rubén, quien tenía en su posesión la totalidad de los mismos.

- Lucía denomina “madre” a Juana y a Marisa, siendo tía y abuela respectivamente de la niña.
- Juana denomina “tíos” a todos los hombres mayores que ella.
- Frente a cualquier interrogante los miembros de la familia se reían y hablaban en su idioma luego es el padre quien contestaba las preguntas en castellano.
- Rubén se mantuvo de pie durante toda la entrevista al grupo conviviente, no aceptando sentarse en un lugar disponible.

Se efectúa el segundo control de contactos correspondiente al circuito médico e institucional de la quimioprofilaxis de TBC. Logrando de esta manera una adecuada promoción de la salud, generando educación sanitaria y prevención de TBC.

◆ SEXTA ENTREVISTA:

- Objetivos:

- ✓ Conocer el estado de salud de Juana.
- ✓ Retomar tópicos de las anteriores entrevistas, para clarificar y profundizar algunos temas tratados
- ✓ Informar novedades del Subsidio Ley 10.436
- ✓ Conocer la adherencia familiar a la quimioprofilaxis

Juana expone que su familia ha comenzado a trabajar ella está sola en el hogar durante todo el día y que se encuentra inapetente a lo que la doctora le resalto que ha bajado dos kilos. Relata que su madre, Marisa antes de comenzar su jornada laboral prepara la comida así mismo, ella no se alimenta, se siente desgana, aburrida y angustiada frente a esta situación se la asesora de efectuar una consulta con la Psicóloga y Trabajadora Social del Servicio Social del Instituto. En dicho encuentro la paciente manifiesta que su angustia es esencialmente porque no posee amigos o

alguien con quien compartir el día, solo está con su hija. Frente a actividades que le atraigan manifiesta que le gustaría jugar a fútbol o algún taller de costura para poder irse a vivir con su hermana a Buenos Aires en temporada textil.

En cuanto a la adherencia familiar a la quimioprofilaxis Juana describe que la toma de la medicación la efectúan todos los miembros de la familia juntos, la toman con mate a la mañana.

Quedando pendiente averiguar sobre los talleres solicitados por la paciente se da cierre a la entrevista

♦ SEPTIMA ENTREVISTA:

-Objetivos:

- ✓ Conocer el estado de salud de Juana.
- ✓ Retomar tópicos de las anteriores entrevistas, para clarificar y profundizar algunos temas tratados

El día 26 de diciembre de 2007 Juana asiste al Servicio Social donde plantea distintos interrogantes acerca de la relación de su hija con su padre.

Manifiesta que se comunicó telefónicamente con su hermano que vive en La Rioja para que ubique al padre de su hija pero se desconoce el destino de él, probablemente Europa. Su hermana Rosa se ofrece junto a su marido a adoptar a Micaela para que tenga padre y madre. Visualizando que la paciente y la familia no comprendió lo planteado en la entrevista anterior se procede junto a la Trabajadora Social del INE a profundizar conceptos claves desconocidos por la paciente (Derecho, Obligación, Función de la Ley, Tribunal de Familia, Tribunal de Menores entre otras).

♦ OCTAVA ENTREVISTA:

- Objetivos:

- ✓ Conocer la evolución de la calidad de vida de Juana.
- ✓ Retomar tópicos de las anteriores entrevistas, para clarificar y profundizar algunos temas tratados.

16 de enero de 2008

Juana asiste al Servicio Social manifestando su alegría que la doctora la autoriza a retomar su trabajo agregando que ha notado una mejoría en su salud, ya que ha podido incorporar a su dieta alimentaria las cuatro comidas diarias.

Plantea que se ha mudado a la quinta donde ellos viven su ex cuñado, o sea, el padre de Lucia y temen que quiera llevársela con él. Comenta que antes de que falleciera la hermana no reconoció a la niña como hija y también que su hermana sufría violencia física por parte de él. Se la asesora que Rubén y a Marisa quienes tienen la tenencia de Lucia, para que asistan al Centro de Protección de los Derechos del Niño de La Pelegrina para asesorarse legalmente.

♦ NOVENA ENTREVISTA:

- Objetivos:

- ✓ Conocer la evolución de la calidad de vida de Juana.
- ✓ Retomar tópicos de las anteriores entrevistas, para clarificar y profundizar algunos temas tratados.

27 de febrero de 2008

La paciente pudo dialogar con su familia en cuanto a su rol como madre, a pesar de que su hermana Rosa se entristeció, la situación fue comprendida por su familia.

En relación a Lucía también dialogó con sus padres y asistirán al Centro de Protección de los Derechos del Niño de La Peregrina para asesorarse legalmente.

Comenta que cuando está trabajando en la quinta escucha a sus compañeros de trabajo hablar de que hay muchas personas con TBC en la quinta.

Se plantea la posibilidad de efectuar un folleto con Prevención de TBC en quechua para efectuar educación sanitaria a los demás quinteros. Juana solicitará autorización al encargado del frutillar.

♦ DECIMA ENTREVISTA:

- Objetivos:

- ✓ Retomar tópicos de las anteriores entrevistas, para clarificar y profundizar algunos temas tratados.
- ✓ Efectuar Educación Sanitaria por alta médica.

Lunes 31 de marzo de 2008

Alta médica del tratamiento médico de TBC.

Manifiesta no haber tenido tiempo para pedirle al encargado de la quinta autorización de nuestro ingreso para efectuar prevención de TBC.

La paciente relata que no va a incorporar al sistema educativo a su hija Micaela, sino que se tiene que quedar con su abuela. La presencia de Marisa en el hogar, es debido a que el trabajo en esta época del año es muy fuerte y ya no puede

efectuarlo. Y agrega que en la Escuela de San Jorge no hay más vacantes a lo que se la asesora la existencia de la Escuela de Sierras de Los Padres.

Se enfatiza la importancia de la educación en Micaela ya que es un Derecho del Niño.

Agrega que junto a su hermana Samantha están enseñándole a Marisa a hablar y escribir en castellano.

Ha decidido el próximo invierno ir a Buenos Aires a trabajar con la costura.

Se efectúa Educación Sanitaria en relación a los controles médicos anuales.

♣ DIAGNOSTICO SOCIAL:

A partir de los datos recabados y de las intervenciones llevadas a cabo, se podría llegar a la hipótesis de que Juana posee una red social con lazos fuertes conformada por sus padres y hermanas mujeres, lo que le permite que ella pueda depositar sus energías en el tratamiento médico. La Situación socio económica del grupo conviviente es inestable debido a ser huerteros y estar en temporada baja de cosecha. A lo largo de las entrevistas se ha observado una evolución en cuanto a la adherencia al tratamiento médico de Juana esencialmente, como así también en la incorporación de alimentos nutritivos en su dieta diaria; demostrando tener conciencia de la enfermedad. Se infiere que como consecuencia de la experiencia de la muerte de Esther por TBC toda la familia ha efectuado una importante adherencia al tratamiento. La familia Rodríguez se caracteriza por ser endogámica con roles difusos y confusos, con una fuerte figura patriarcal.

♣ PLAN DE ACCION:

A pesar de que se ha dado un cierre a la intervención, se ha le ha brindado al paciente la posibilidad de recurrir al Servicio Social para brindar apoyo y contención social, cuando lo considere necesario.

Crónicas:

Grupo de Agentes Promotores de Salud

- Día: Martes 19 de junio de 2007
- Hora: 11.30 hs.
- Lugar: Departamento de Servicio Social del INE.
- Integrantes: Lic. Mónica Molina, Lic. Gallo Jessica, Militantes de ATTTA⁹⁶: Leticia, Gisela, Paola, Martina, Maria, y las residentes pre-grado: Villalba Carolina y D'Onofrio María Florencia.
- Desarrollo del Encuentro:

Las residentes fuimos invitadas a participar del encuentro por la Lic. Mónica Molina. Quien coordina este grupo, que se había comenzado a organizar desde la semana anterior.

En un primer momento se utilizó la técnica grupal, en donde cada una de las integrantes hizo una presentación personal. A continuación tanto la Lic. Mónica Molina como todas las integrantes, informaron que el objetivo de la creación de este grupo es trabajar, a través de la Conformación de Agentes Promotores de Salud; todas las problemáticas y demandas que poseen como travestís, transexuales, intersexual, trabajadoras sexuales, etc.

Las licenciadas entregaron a cada una, un test de verdadero y falso en relación a la adherencia al tratamiento ARV (anti-retro-virales). A continuación se consignó marcar con una cruz en cada afirmación según se la considere verdadera o falsa. La actividad fue realizada por la totalidad de los integrantes del encuentro.

⁹⁶ La sigla ATTTA se utilizará para hacer referencia a la Asociación Travestís, Transexuales, Tansgénero de Argentina.

Luego a medida de que se iba finalizando la actividad individual iban surgiendo de manera simultánea algunas dudas de los contenidos desarrollados, hacia el grupo en general y hacia la coordinadora en particular.

Posteriormente, de manera voluntaria y salteada, se fueron leyendo en voz alta las afirmaciones con sus respectivas respuestas. Si los resultados no eran unánimes quienes afirmaban o negaban la frase daban su justificación a lo cual la coordinadora, esclarecía todos los temas que surgían y se desprendían de las temáticas.

Leticia, como vocera del resto de las militantes de ATTTA planteó la necesidad de trabajar la temática de la autoestima, quedando este pendiente para un próximo encuentro.

Una vez finalizada la actividad se nos invitó al Encuentro y Marcha del Orgullo Gay en Mar del Plata los días 28 y 29 de Junio. Como así también al Congreso en Capital Federal de los días 28, 29 y 30 de Septiembre, en donde desean presentar el desarrollo y evolución de este grupo.

Se acordó el próximo encuentro para el día martes 3 de julio a las 11 hs; como así también la presencia de la Trabajadora Social del CPA (Centro de Prevención Adiciones).

- Evaluación:

Se observa por parte de las travestis, una buena predisposición hacia la incorporación de las residentes pre-grado al grupo, como así también en el desarrollo de las temáticas personales e íntimas.

Demuestran entusiasmo a continuar en el grupo y que este se amplíe, así sea por más compañeras de ellas como también por más profesionales.

TEST VERDADERO O FALSO

ADHERENCIA A TRATAMIENTOS ARV (ANTI- RETRO-VIRALES)

(Marcar con una cruz, verdadero o falso)

- La diferencia entre estar infectado por el VIH y tener SIDA consiste en que la persona que está infectada nunca se ha sentido enferma y la que tiene SIDA sí.

V

F

- La persona que tuvo SIDA puede volver a ser infectada por el VIH asintomático y llegar a ser indetectable en sus estudios de Carga Viral.

V

F

- Si dos personas con VIH tiene relaciones sexuales sin usar preservativos es muy riesgoso por las re – infecciones que se transmiten de ésta manera, así como también las resistencias a los ARV.

V

F

- La adherencia a tratamientos ARV tiene que ver no sólo con tomar la medicación como el médico te lo receta sino también con la creencia de que te va a hacer bien y que te va a mejorar la calidad de vida.

V

F

- Si no se toman todos los comprimidos indicados, tomar sólo algunos puede provocar resistencia, perder efectividad el tratamiento y poner en peligro la salud.

V

F

- Sólo por indicación médica se pueden hacer interrupciones y abandonos de tratamientos ARV.

V

F

- La intolerancia de este tratamiento es poco frecuente; por lo general son bien tolerados por el organismo. Asimismo, si observas malestares en tu salud, no dudes en dirigirte a tu médico para que lo informe y tenga en cuenta tu caso.

V

F

- Existen comprimidos ARV que se toman con las comidas únicamente y otros lejos de las mismas

V

F

- Existen otras medicaciones (analgésicos, antibióticos, psicotrópicos) que alteran totalmente la efectividad del tratamiento ARV.

V

F

- Si tuvieras que suspenderlos por alguna razón, suspenderlos todos juntos es conveniente.

V

F

- La buena adherencia contribuye a mantener y/o alcanzar una buena calidad de vida aun en aquellas personas que han estado muy graves (SIDA)

V

F

- En la actualidad los tratamientos ARV son muy efectivos y muchas personas que conviven con VIH han logrado detener la infección sin llegar a tener SIDA en 20 años de infección.

V

F

- Si tienes dificultades para retirar periódicamente la medicación, puedes renombrar un *Apoderado* que vendrá en tu nombre a retirar la medicación.

V

F

- El uso de cualquier tipo de drogas (cocaína, marihuana, alcohol, tabaco, etc.) dificultan la efectividad del tratamiento y perjudican notablemente tu estado de salud. Si deseas dejar de consumirlas, no dudes en solicitar ayuda al equipo de salud de esta institución para ser asesorado.

V

F

- Consumir una dieta balanceada y natural (que contenga carnes, cereales, frutas, verduras, harinas, lácteos, etc.) ayuda a una buena absorción de los medicamentos, evitado las frituras y “comidas chatarras”.

V

F

- Realizar actividad física y/o actividades recreativas, evita situaciones estresantes siempre que esté a tu alcance y que sea posible, mejorando la calidad de vida y la adherencia, siempre bajo vigilancia médica.

V

F

● Día: Martes 3 de julio de 2007

● Hora: 11 hs.

● Lugar: Departamento de Servicio Social del INE.

● Integrantes: Lic. Mónica Molina, Lic. Gallo Jessica, Militantes de ATTTA: Leticia, Maria, Martina y Marta y las residentes pre-grado: Villalba Carolina y D'Onofrio María Florencia.

● Desarrollo del Encuentro: El encuentro se inicia con el comentario de la Lic. Mónica Molina sobre las posibilidades que existen en la ciudad de realizar cursos para desarrollar micro emprendimientos. Comenta que se comunicó con la Lic. Peñalver para ver la posibilidad de que el grupo se incorpore al sistema de Talleres Protegidos que ella coordina, los cuales en este momento tiene suspendido su ingreso de nuevas personas por no contar con todo el equipo técnico necesario. La Lic. Peñalver sugirió también que desde el Servicio Social se contactara a Leticia Moyano, del Área de Discapacidad del Municipio, para analizar la posibilidad de que el grupo utilizara las máquinas que están en la mencionada área.

Posteriormente se comentan las opciones que ofrece la UTN a través de cursos de capacitación, estos se iniciaron en abril y finalizan en noviembre por lo que no es posible la incorporación en este momento. Mónica comenta que el jueves se tomará contacto con la Oficina de Empleo para averiguar sobre los subsidios para emprendimientos. También cuenta que Eduardo (residente pre grado de Psicología) se ofreció para participar en los talleres para tener algunas entrevistas individuales de consulta y orientación respecto a la adherencia al tratamiento de ARV.

Las travestis, se muestran entusiasmadas con las novedades. Marta sugiere que de llegar a concretarse el tema de las máquinas o subsidios, podrían conformar un grupo para trabajar por ejemplo en la confección de prendas.

Mónica les pregunta sobre las Jornadas del Orgullo Gay que se realizaron en la ciudad y comenta que, el Servicio Social, no recibió en ninguna invitación ni gacetilla de invitación, por lo que no fue posible asistir. Maria manifiesta que le informaron que habían enviado un mail con la información e invitación, luego se hace un breve comentario sobre el desarrollo de los talleres. Luego comenta que se irá a Buenos Aires a trabajar, para continuar consiguiendo recursos para las integrantes de la Asociación (ATTTA)), también comparte que asistió al grupo Narcóticos Anónimos que al que asiste Marta, después describen entre ambas la experiencia vivida en dicho grupo.

Respecto al tema de la autoestima que iba a ser tratado en el taller de hoy, la Lic. Mónica Molina comenta que le parecía oportuno tratar antes la temática de identidad, para lo cual se había preparado un cuestionario con frases que apuntaban a la reflexión sobre vivencias, sentimientos y gustos de cada una, por lo que les sugirió que cada una, la respondiera en su casa para tratarlo y trabajarlo en el próximo taller. Seguidamente se reparten las hojas*. Las Trans lo leen, Marta comenta que le parece difícil y le pidió a Mónica que ejemplificara una de las consignas. La licenciada da un ejemplo y aclara que se pueden consignar tanto experiencias positivas como negativas.

Marta le pide a Martina que relate el maltrato que recibió de Molly durante el cierre de la Jornada del Orgullo Gay (quien las explota laboral y sexualmente según las integrantes del grupo) luego comenta que es habitual el maltrato y la violencia física hacia las chicas que trabajan en la calle Luro.

Leticia comenta que le ha llevado a Molly preservativos para que los diera a las travestis y esta persona se niega a recibirlos, cuenta además, que tiene conocimiento de que hay también menores de edad trabajando en la zona.

Mónica plantea que es necesario encontrar formas para lograr romper el círculo de violencia en el que viven, por lo que hablara con la Dra. Arza de la Defensoría del Pueblo, para ver si tiene conocimiento de esta situación y si ella ha avanzado en la investigación de la problemática de las menores que se prostituyen. Destaca la importancia de ir trabajando sobre estas cuestiones.

Hacia el final de encuentro, se realizaron algunos comentarios respecto de las diferentes maneras en que se pueden abordar el tema de la violencia y el maltrato.

Finaliza la reunión luego de haber acordado el día y horario para la próxima, donde se retomarán estos temas y se trabajara sobre la guía.

- Evaluación:

Se denota una buena predisposición de las travestis para agruparse y elaborar un proyecto que les permita obtener una salida laboral, así como también para capacitarse.

Se observa entusiasmo para lograr la consolidación del grupo como referente en la ciudad en la lucha por los derechos de las travestis, para lo que surge la idea de gestionar la personería jurídica.

Se percibe, en el grupo, una gran capacidad para analizar críticamente la realidad que les toca vivir. Demuestran un agudo sentido del humor respecto de sus sentimientos: formas de actuar, de vivir, y de relacionarse.

También están muy interesadas en trabajar sobre el tema de la autoestima, plantean que trabajando sobre este tema se van a solucionar diversas cuestiones de Salud.

*** ► Autorretrato (Verbal y Gráfico)**

Relato escrito incluye:

- ♣ Mi descripción física y psicológica:
- ♣ Descripción de mi familia y de las relaciones con cada integrante de la misma.
- ♣ ¿Cuáles han sido mis experiencias más significativas?
- ♣ Mi relación con los demás: amigos, compañeros, novio/novia, pareja.
- ♣ ¿Cuáles son para mí las cosas más importantes en la vida?
- ♣ ¿Cuáles son mis principales virtudes?
- ♣ ¿Y mis defectos?
- ♣ ¿Qué me gusta de mí?
- ♣ ¿Qué no me gusta de mí?
- ♣ ¿Qué cambiaría de mi vida?
- ♣ ¿Qué me gustaría cambiar de mi vida?
- ♣ ¿Cómo haría para lograrlo?
- ♣ ¿Cuáles son las cosas que más me gustan?
- ♣ ¿En qué actividades me siento útil?
- ♣ ¿En qué me gustaría trabajar en el futuro, si pudiera?

Incluir un auto retrato gráfico, realizando una actividad que me guste.

- Fecha: Martes 17 de julio de 2007
- Hora: 11hs.
- Actividad: Taller Autoestima.
- Lugar: Departamento de Servicio Social del INE.
- Integrantes: Lic. en Servicio Social Mónica Molina, Lic. en Servicio Social Jessica Gallo; Militantes de ATTTA: Martina, Leticia, Paola, Marta, el residente de pre-grado de Psicología: Eduardo y la residente de pre-grado de Servicio Social: Ma. Florencia D'Onofrio
- Desarrollo del Encuentro: En un primer momento la Lic. Mónica informó que se comunicó con Celina Peñalver de la Secretaría de Empleo, donde hay un puesto para cubrir de modista. Este consiste en asistir a las clases y luego se continúa la elaboración en el domicilio, recibiendo una remuneración económica. El grupo decidió que quien debía gozar de este beneficio sea Leticia. Quien se comprometió a comunicarse de manera telefónica para comenzar dicho curso.

A continuación se dio la consigna del taller del día de la fecha, Autoestima, cual desarrollo consistía en que cada integrante del grupo escriba en una hoja un mensaje positivo para cada uno de los restantes miembros, algo que a cada uno, le guste del otro. La técnica en relación a la autoestima es lograr la valoración propia partiendo de la identificación que los otros tienen de uno.

Se destinaron quince minutos aproximadamente para el desarrollo individual. Leticia pregunta si también había que efectuarla hacia los profesionales, agregando Paola: "yo no los conozco a ustedes como para decir que es lo que me gusta". En relación a eso, Mónica esclareció que el objetivo de la actividad es elaborar un mensaje hacia cada uno y en la totalidad de sus miembros y que el conocimiento de todos es el que se posee en el desarrollo de este grupo, agregando que entre los

residentes y los profesionales el mayor conocimiento es mediante el desarrollo de este grupo también. Luego cada uno leyó en voz alta sus mensajes.

Algunos de los puntos principales que surgieron de los mensajes, en relación con cada participante: Marta manifiesta: "...yo entendí mal me parece, yo hice un mensaje de "aliento", positivo al otro y no algo que me gusta..." y procede a leerlo. Leticia afirma: "yo siento que hacemos una barrera cada más impermeable, y nos es más fácil decir las cosas malas que las buena". Martina afirma: "en nuestro ámbito, lo positivo es menos, somos más "malas". Marta: "es una escuela de ataque y defensa, un mensaje descalificador para fortalecer al otro".

Al recibir Martina mensajes en relación a su elegancia y feminidad, agregó "con todo lo que me dijeron ahora me voy con el ego (por allá arriba), una que a veces se ve horrible y ni quiere salir, ahora sabes, ¿no?"(Risas)

Al finalizar el encuentro, la Lic. Mónica recordó que retomaremos los talleres del grupo el martes 7 de agosto con los temas pendientes como es la autoestima, violencia, siliconas, adicciones, etc.

- Evaluación:

Se observó una buena predisposición por parte de las integrantes del grupo en relación a la elección de que Leticia sea quien efectúe el curso otorgado por la Secretaría de Empleo.

Se visualizaron actitudes de asombro y alegría en relación a los mensajes positivos y de halago que se recibieron ya que las Trans, advierten que con frecuencia lo que sobresale entre ellas es la competencia y los mensajes negativos.

El objetivo de la técnica se cumplió de manera positiva como así también el desarrollo de la actividad grupal que superó las expectativas predefinidas en la actividad.

- Fecha: Martes 7 agosto de 2007.
- Hora: 11 hs.
- Actividades: Taller Autoestima.
- Lugar: Departamento de Servicio Social.
- Integrantes: Lic. en Servicio Social Mónica Molina, Militantes de ATTTA: Gisela, Marta, Leticia, y Martina; el residente de pre grado de psicología: Eduardo y la residente de pre grado de Servicio Social: María Florencia D`Onofrio.
- Desarrollo del encuentro: Se inició el encuentro con el comentario de Leticia en relación al curso de modista que comenzó, donde confecciona almohadones con retazos de telas. Asiste todos los martes a la tarde. Comienza a cobrar en septiembre 200 pesos por mes. Leticia: "hice buena onda con la profesora, me regaló un par de botas y un par de zapatillas, que me vinieron bárbaras". Al curso asiste en aproximadamente veinticinco mujeres como así también hay hombres, en un sector aparte, confeccionando sillas, muebles, etc. Próximamente con la incorporación de una Terapista Ocupacional se les va en a enseñar a trabajar con las máquinas para coser de manera industrial. Por lo tanto, el grupo le propone a Leticia de que averigüe si surge un nuevo cupo para que lo ocupe Marta.

Marta: "estaría bueno para nosotras que creáramos nuestra propia cooperativa."

Gisela: "pero si surge un micro emprendimiento del Estado estaría bueno igual, ¿no?"

Mónica comenta del micro emprendimiento de Mar de Ajo. Con esta experiencia el grupo podría aprender para la creación y puesta en marcha de una cooperativa. Leticia comenta que sabe tejer al crochet y que en el empleo le van a dar hilo para hacer prendas para el verano.

Marta: "se habla de que Molly que está armando un grupo y también sabe de nosotras y no queremos que nos comparen con ese grupo sino que tenemos otro objetivo, por eso es importante lo de la cooperativa. "

El grupo concuerda que de todos los temas propuestos para trabajar los más importantes en profundizar son: Adherencia y Autoestima. Se comenta la existencia de un curso de adherencia que funciona en el HIGA. Y quien posiblemente esté a cargo del mismo sea Fabián Santil. Quien anteriormente fue miembro de la Red de Personas Conviviendo con VIH/ Sida y que actualmente se desempeña como voluntario en el Servicio Social de dicho Hospital.

Leticia y Gisela proponen para trabajar el tema de adherencia en el grupo y la participación de amigos gays. Frente a esto, Mónica responde que es importante mantener el objetivo principal que dio lugar a la formación del grupo: formar líderes de salud para prevenir enfermedades. Manifestando que lo más adecuado es trasladarnos al hospital si este curso comenzará a funcionar, y que las integrantes del grupo que así lo desearan, podrían participar. Se consensua como adecuado la participación de todas las integrantes. A pesar de que Martina y Paola no están infectadas por el virus consideran adecuado participar.

De manera unánime se propone participar y trabajar el tema de Adherencia a los Antirretrovirales en el HIGA y destinar el espacio del grupo de los días martes para la profundización de este u otros temas.

Marta: " yo creo que hay más personas que no están infectadas y que quieren ayudar, que la que están infectadas y quieran hacerlo".

Mónica: " lo importante también es poder ayudarse así mismo. Formarse como Líderes de Salud es importante, estén o no infectadas. "

Leticia: " todos los miércoles vamos ir a La Plata a hacer un curso de Promotoras de Salud. Nosotras nos pagamos el primer pasaje para ir y allá nos devuelven el dinero, tenemos cubierto los gastos de los pasajes y nos pagan 250 pesos por mes."

Polly, quien es la coordinadora de ATTA en Buenos Aires, fue quien les consiguió cuatro vacantes que lo van a cubrir Leticia, Martina, Paola, y Marta. Gisela comenta que ella ya participó con la Red de Persona Conviviendo con HIV/SIDA, pero enfatizando que no recibió ninguna remuneración económica a cambio.

Leticia sugiere a los profesionales la posibilidad de utilizar la biblioteca del Instituto (como ya se la ha utilizado anteriormente) para llevada a cabo una charla de "Sensibilización al Personal de Salud". Agregando que se comunicó telefónicamente a con Polly, quién podría venir a Mar del Plata a llevar a cabo la charla y que se encuentra a disposición del grupo en relación a la fecha que este concuerde en desarrollarlo. A lo que Mónica acuerda con los residentes de hablar con el Dr. Sheder para organizarla de con ellos también.

El grupo considera como fecha estimativa luego del 11 de septiembre, luego del Congreso de VIH/SIDA, el cual se efectuara en Paraná y al que asistirán la mayoría de las integrantes del grupo.

Paola: “esta vez hay que organizarlo bien, ya que la otra vez Maria dijo que iba a hacer todo y no hizo nada. Pero el problema fue que nadie se hizo cargo de hacer nada, ninguna actividad. “

El grupo acuerda en la necesidad de delegar actividades y funciones dentro de las integrantes del grupo para poder llevar a una gran difusión y organización.

Marta: “yo veo que está bien tener contacto con Polly, pero me parece que estamos dependiendo mucho de Buenos Aires. Yo creo que el taller lo podemos armar sola, sin Polly“

Gisela: “esta bueno lo del curso de promotores que no consiguió Polly, porque aparte de aprender te paga en unos pesitos.”

Mónica: “es importante saber que recursos hay en la comunidad y cual podemos generar nosotros en el grupo. “

Marta: “no soy militante de ATTTA, me siento excluida del grupo a pesar de que Polly haya conseguido una vacante para mi también.”

Gisela: “yo me enteré de que estaba contagiada del VIH cuando estaba por operarme los pechos y fue en la operación.”

Martina: “yo me cuido con preservativo, siempre me cuide. El día que yo me enferme ya estoy preparada, estoy ligada al VIH para contagiarme. Es como un taxista que trabaja las 24 horas en la calle y que tiene el riesgo de morir en un accidente de tránsito, igual yo tomo todos los recaudados. A lo que Gisela le contesta: “siempre que tengas una duda, que desconfíes, o que tengas un accidente en una relación sexual, recurrir al médico no dudes en pedir tomar el cóctel “.

Se informa que hay un congreso de Derechos Humanos organizado por la fundación SIDA, el día 18 de agosto en Buenos Aires.

Mónica: “La naturalización del VIH es una manera de auto discriminación, hay que enfocar al grupo a desnaturalizar éstas conductas. “

Luego Mónica repartió una hoja con un texto con título filosofía también con ítems para tener en cuenta en la vida cotidiana, para aprender de la forma en que

viven los perros. A lo que Gisela dijo que no lo iba a leer debido a un suceso que le ocurrió recientemente y prosiguió a describirlo: se quedó día y medio en la casa de Paola y cuando regresó a su hogar encontró a dos de sus cinco perros, muertos. Estas perras, supone, fueron asesinadas por su perra mayor, por envidia a las hembras que se estaban preparando para un criadero. Quedó sólo la perra, su cachorro y otro macho. Luego de observar esta situación Gisela se comunicó con Paola para que la ayude. A lo que esta última sugirió colocarlos en una bolsa de residuos para enterrarlos. Gisela “lo que no me di cuenta fue sacarles una foto porque la de verdad fue terrible lo que vi.” Debido a este suceso, el texto filosofía Canina fue suspendido hasta el próximo encuentro.

- Evaluación: El objetivo de poner en conocimiento la existencia del micro emprendimiento en Mar de Ajo, dio la posibilidad de confiar en que el grupo puede enfocarse en la creación e implementación de una cooperativa.

Se denota una participación de todas las integrantes del grupo.

El Objetivo fue alcanzado satisfactoriamente, no así, la técnica de cierre seleccionada.

■ FILOSOFIA CANINA

¿Alguna vez has intentado actuar con filosofía canina?

Inténtalo:

- ◆ Nunca dejé pasar la oportunidad de salir a pasear.
- ◆ Experimenta la sensación del aire fresco y del viento en tu cara solo por placer.
- ◆ Cuando alguien a quien amas se aproxima, corre a saludarlo/a y muéstrale alegría por su llegada.
- ◆ Cuando haga falta práctica la obediencia.
- ◆ Deja que los demás sepan cuándo están invadiendo tu territorio.
- ◆ Siempre que puedas, toma una siesta y estírate antes de levantarte.
- ◆ Corre, salta y juega diariamente.
- ◆ Sé siempre leal.
- ◆ Come con gusto y con entusiasmo, pero detente cuando ya estés satisfecho.
- ◆ Nunca pretendas ser algo que no eres.
- ◆ Si lo que deseas está enterrado, cava hasta encontrarlo.
- ◆ Cuando alguien tenga un mal día, guarda silencio, siéntate cerca de él /ella y trata de agradarle.

♣ La Necesidad de Autoestima

Buscando en el diccionario el significado de “estima” encontramos:

“consideración, aprecio, afecto, cariño, respeto de uno mismo de otro”.

Si extendemos este significado a “autoestima” nos estamos refiriendo a la valoración de sí mismo.

La autoestima aumenta cuando se prueba algo nuevo y se afronta un desafío con éxito.

Para el crecimiento de la autoestima es necesario:

- Informar ante lo nuevo que va a ocurrir, siempre es mejor enfrentar los hechos conociendo lo previsible de ellos. Muchos sucesos aparentemente terribles pueden convertirse en aventuras que las personas van a afrontar con otra carga afectiva si conoce lo posible a suceder.
- Potenciar el aprendizaje en distintas situaciones: si queremos auspiciar el crecimiento en responsabilidad y autonomía deberemos conceder espacios para que los otros practiquen nuevas habilidades, aún con el peligro de que en primera instancia no puedan hacerlas bien. Pero si somos previsores les informamos sobre los procedimientos a elegir y buscaremos las formas para que por ensayo y error, aprendan.
- Ante lo nuevo, bucear en la paciencia: todos nacimos con capacidad de aprender, cada uno de acuerdo con potencialidades y limitaciones, cualquiera sea la edad. Se ha de dar tiempo para que el otro pruebe lo nuevo, se ubique ante él lo comprenda, busque nuevas posibilidades, acreciente el nivel de expectativas.
- Aprovechar para aprender desde el error; el hecho de intentar llevar a gustar una nueva posibilidad con mayor probabilidad de éxito. La presión de tener que hacer algo bien puede neutralizar el logro final, por esto se elogiará en primera instancia más que nada el intento, para en una segunda situación valorar productos y resultados; estamos buscando que alguien se anime ante lo distinto.

● Fecha: Martes 21 de Agosto de 2007.

● Hora: 11hs.

● Actividad: Taller Autoestima.

● Lugar: Departamento de Servicio Social.

● Integrantes: Lic. en Servicio Social Mónica Molina, Lic. en Servicio Social Jessica Gallo; Militantes de ATTTA: Leticia, Paola, Marta, Gisela y Martina, la residente de pre-grado de Servicio Social: Ma. Florencia D'Onofrio.

● Desarrollo del Encuentro: El encuentro se inicia informando a los presentes que las compañeras restantes avisaron que llegarían más tarde al encuentro.

Mónica informa que hablo con Peñalver de la Secretaria de Empleo, también se entrevistó con Celia de Talleres Protegidos municipales. A lo que Gisela comparte que ella se comunicó con la Fundación APID.

Leticia: “está bueno que grupos como nosotras se capaciten.”

Paola: “Sabemos que hay muchas chicas Trans que tienen muchas problemáticas y las podemos ayudar.”

Gisela:” en la capacitación en Buenos Aires somos catorce de la provincia. Para el verano hay un proyecto prevención del VIH/SIDA. Las compañeras ausentes hoy están en curso de capacitación hasta el día jueves.”

Paola:” para mi es importante la constancia en el grupo. A todas las Trans que he invitado a participar de este grupo no vienen, siempre dicen que van a venir la próxima. “Por eso hay que ser constantes también en las invitaciones” “yo estoy tranquila con mi compromiso, cada una tiene su tiempo. “

Leticia:” hay que seguir el cara a cara, insistir como los evangelistas, hasta que se cansen de vernos. “

Mónica: “El desinterés es muy grande, hay que mostrarles la realidad. Me parece importante hacer folletos e invitar a más. No debemos proponernos objetivos muy ambiciosos por qué sino viene la frustración.”

Paola: “En nuestro ambiente es muy difícil la constancia, sólo es importante lo de cada uno, lo tuyo, tu dinero. A los quince años empecé a ser Tranvesti, cada una tiene su tiempo. Creo que hay que crearles conciencia a las chicas que se tienen que cuidar.”

Mónica: “Hay que empezar a cuidarnos entre nosotros mismos así esto va a ser más fácil. “

Gisela: “yo no compito con ninguna. “

Paola: “tenemos que sacarnos las caretas “. “Yo dormí en la calle al igual que Leticia.”

Gisela: “Mi mamá me dijo que si ella hubiera sabido que yo iba a ser gay hubiera abortado. “ “...Hoy con la plata compras todo, se reemplaza todo, hasta el amor...”

Leticia: “Llega un momento que la plata también te cansa.”

Se incorporan al grupo Marta y Martina. Se efectúa un resumen de los temas tratados hasta el momento en el grupo: invitación a más Trans al grupo y novedades del curso en Buenos Aires.

Leticia y Paola armaron un posible folleto para la invitación al Taller. Y quieren invitar a participar a los hospitales, a Acción Social y Salud de la Municipalidad, Colegio de Trabajadores Sociales, Psicólogos, Centro Médico y las Universidades; especialmente las Facultades de Psicología y Ciencias de la Salud. Título: Taller de Sensibilización al Personal de Salud. Es importante también invitar a Centros de Rehabilitación de Adicciones Red de Personas Conviviendo con HIV/SIDA, Policía, APID y para esto se va a utilizar el mail de ATTTA.

Martina manifiesta tenerle miedo a Molly, Paola también está en la misma esquina, pero no le tienen miedo.

Paola: “lo que pasa es que vos, Martina, todavía sos chica... yo tengo una personalidad muy fuerte, y si es necesario le hago frente a Molly”

El grupo le dice a Martina que no tenga miedo, que tiene que cambiar la actitud hacia Molly y mostrarse segura.

Mónica:”Cada una reacciona de distintas maneras. Cada una tiene distintas personalidades y hay que respetarlas “

Martina: “lo que pasa es que yo me siento sola y me veo sola.”

Mónica: “hay que aprender a poner límites a quien invade el terreno propia. “

La Licenciada, asesora al grupo frente a la situación, que pueden acercarse al CAMM que es el Centro de Atención a la Mujer Maltratada o también pueden pedir asesoramiento o la Defensora del Pueblo: Dra. Beatriz Darza.

Finalmente, el grupo consensua trabajar en el próximo encuentro la Comunicación y la Violencia.

- Evaluación: El objetivo del encuentro fue cumplido satisfactoriamente.

Se observan actitudes competitivas entre las integrantes del grupo pero a sí mismo cabe destacar que frente a una situación problemática se responde y asesora como grupo.

- Fecha: Martes 28 de agosto de 2007
- Hora: 11hs
- Actividad: Taller Comunicación y Violencia
- Lugar: Departamento de Servicio Social
- Integrantes: Lic. en Servicio Social Mónica Molina, Lic. en Servicio Social Jessica Gallo; Militantes de ATTTA: Leticia, Paola, Gisela, el residente de pre-grado de Psicología: Eduardo y la residente de pre-grado de Servicio Social: Ma. Florencia D'Onofrio.
- Desarrollo del Encuentro: El encuentro comienza con el pedido de Paola de cambiar el horario de reunión del grupo, planteando que sea una hora más temprano.

Leticia muestra al grupo un afiche que efectuó para entregar a las pares Trans en el caso de invitándolas a participar al grupo.

Se informa a todos los integrantes del grupo que el mail de ATTTA es: attta_mdp@yahoo.com.ar.

Leticia comparte con el grupo su alegría de haber quedado fija en el curso por seis meses más. Esto fue otorgado por Celina Peñalver.

Frente a la ausencia de algunas integrantes se plantea que Marta y Martina esconden al grupo lo que aprenden en curso.

Mónica plantea que cada una exponga lo que comprende por la palabra comprometerse.

Leticia: “entre nosotras estamos intentando todavía limar asperezas.”

Plantean que es muy difícil trabajar en grupo y que cada una pone pretextos distintos para juntarse a trabajar.

Se expone que la ausencia de Marta y Matina se debe a que ya consiguieron trabajo, y que el fin de ellas era sólo en el plano laboral y que ahora van a dejar de participar del grupo.

Mónica plantea que en el grupo existen distintos intereses y que hay que respetar el de cada una.

Se propone la posible realización del Taller de Sensibilización del Personal de Salud en la segunda semana de octubre.

- Evaluación: Se observa un importante quiebre en entre las integrantes de un grupo. Como así también situaciones personales sin resolver que exceden al grupo pero que influyen en él. Se considera necesario y urgente esclarecer y redefinir los objetivos del grupo con la presencia de la mayoría de sus integrantes.

- Fecha: Martes 28 de Agosto de 2007.
- Hora: 11hs.
- Actividad: Taller Comunicación y Violencia.
- Lugar: Departamento de Servicio Social del INE:
- Integrantes: Lic. en Servicio Social Mónica Molina, Lic. en Servicio Social Jessica Gallo; Militantes de ATTTA: Paola, Martina, Leticia y Marta el residente de pre-grado de Psicología: Eduardo y la residente de pre-grado de Servicio Social: Ma. Florencia D´Onofrio.
- Desarrollo del Encuentro: El encuentro comenzó con la presencia de Paola, Martina, Mónica, Jessica, Eduardo y Florencia, más tarde se incorporaron Leticia y Marta.

Algunas integrantes del grupo describen las características de vida de una Trans:

- En cuanto a la vivienda, cuando deciden alquilar un departamento los propietarios o inmobiliarias se resisten o el precio de los mismos es mayor que cualquier otro inquilino, por lo tanto inalcanzable. Muchas veces la única opción que tienen es compartir el alquiler con otra travesti.
- Martina: "yo soy la más nueva de las integrantes del grupo ya que el resto se conocían con anterioridad." Las prótesis que tengo fueron abonadas por mi ex novio. En un corto tiempo y casi sin darme cuenta estaba toda operada. No es fácil vivir con mi apariencia. A veces pienso que si no estaría operada, fuese sólo Gay, mi vida sería más fácil. A lo que agrega Marta " yo me siento una mujer pero la gente me ve como "un bicho raro" y yo me doy cuenta"

- Leticia expone: “las Travestis somos muy competitivas, tenemos lo peor de las mujeres y lo peor de los hombres”. Las demás integrantes con risas coinciden con esta afirmación.
- Martina: “yo por suerte estoy sana, pero muchas amigas me cuentan que cuando se van a atender o tienen que hacer algún trámite en alguna institución pública las llaman por nombre y apellido masculino y no por nuestro apodo elegido.” Frente a esto Leticia comenta que existe una ley que actualmente se está tratando en el Congreso para respetar el nombre de orientación sexual.
- En relación a los abusos de autoridad que describen sufrir de Molly, plantean que ella cobra una inscripción que va desde \$500 a \$1000 dependiendo de la cantidad, calidad y tipo de operaciones.

Se proponen definir y plantear los objetivos del grupo, a lo que afirman que no podrán ponerse de acuerdo por ser muy distintas y perseguir objetivos opuestos. Frente a esto Mónica plantea que hay que aprender a vivir con la diferencia. Paola plantea: “A mí me gusta juntarme con gente que piense distinto a mí, pero creo que todas tenemos que hacer el esfuerzo”.

En cuanto a la actualidad de cada una de las integrantes:

- Leticia comparte con el grupo que viajará a Buenos Aires a la Capacitación de ONUSIDA ya que es representante de Mar del Plata.
- Martina: “estoy trabajando en atención al público en APAND y no lo puedo creer. Es algo que esperaba hace muchos años. Esto es gracias al grupo, es más, hoy use el colectivo para acercarme al INE a participar del grupo y que es algo que deseaba y añoraba hace años.
- Marta: “voy a dejar el Taller de Promoción de la Salud porque no me siento más cómoda” “yo voy a hacer todo lo que me hace bien, lo que me hace mal lo voy a dejar”.

Trabaja en el Centro de Salud Ameghino con el Dr. Campo, entregando preservativo y asesorando a la gente que allí asiste.

Frente a esto Martina manifiesta que intenta repartir profilácticos en los bares y boliches que asiste pero que no se los reciben. Esto la angustia.

El grupo consensua en que el nuevo horario de será 10.30 hs todos los martes. A lo que Martina informa que va intentar terminar de trabajar a tiempo, pero que le coincide con el horario de inicio del encuentro con el grupo.

Marta solicita información de Enfermedades de Transmisión Sexual a lo que Leticia le ofrece su material.

El grupo plantea como necesario y pendiente para otro encuentro el tema de adicciones no solamente a las drogas sino también al trabajo, etc.

- Evaluación: Se denota en las integrantes Trans del grupo, un interés mayor en participar de las distintas actividades paralelas que en los encuentros del Grupo de Agentes Promotores de Salud, en el Departamento de Servicio Social del INE. Así mismo, resultó un encuentro satisfactorio en relación a la apertura de las personas Trans en compartir con todos los integrantes su realidad cotidiana y las problemática que frecuentemente les aquejan.

Este encuentro fue el último. El grupo se disolvió, ya que sugirieron actividades laborales y de capacitaciones paralelas, otorgándole prioridad a la satisfacción de los intereses individuales por sobre los intereses grupales.